

วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2566

VOL8 NO.3 July - September 2023

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางอารมณ์และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ฐิชาธิ์ชัย ชัยบรรจงวัฒน์	1
ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม ปองเดช กวินปัดย์ ,นันทิรา วรกาญจน์บุญ	10
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน มานพ ผสม	20
รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร สุภาพ จอังกัลยา	31
การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะราย (Individual care plan) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย นัชชา ป่านภูมิ	42
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กของผู้ดูแล สมศักดิ์ อินทมาต ,ดาวประกาย ญ้างาม ,วิศรา รักษาภักดี ,สุจิตรา พงศ์วงประเสริฐ	53
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ศุภิพร สุวรรณดี	60
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ประภัสสร ทิรัญรัตน์	68
การพัฒนารูปแบบยาหมากสมุนไพรสำหรับเสริมการรักษาโรคหืด ปริพัช เงินงาม ,ชัยนรินทร์ เรือนเจริญ ,พรพรรณ มณีวรรณ ,สุนันท์ แก้วจันทา ,ศิวพงษ์ ดันสุวรรณวงศ์	79
การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านบัวโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เจริญชัย หมั่นห่อ ,จิณกรณ์ แคนกาไสย ,อรอุมา แก้วเกิด ,ธงชัย อามาตย์บัณฑิต	88
ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการเข้ายาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ปรเมษฐ์ พรหมพิณี	100
การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา นิตยา ดาวเจริญ	111
การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดNSTEMI และที่มีโรคร่วม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย รัชนิกร เม่นรัตน์	122
ผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดชิ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน (Open reduction Internal fixation) ศิริรินทร์ พัฒนวิบูลย์	129
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วารุณี เข็มลา	136
ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลอ่างทอง วรารณ วังเมฆากุล ,ทัศนีย์ สุนทร	147
การพัฒนาเพื่อยกระดับมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและคุณภาพอากาศภายในอาคาร ของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดภูเก็ต ศุภลักษณ์ ดำรงค์เชื้อ	155
การพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อคในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลยางสีสุราช พรณิ ยอดญาติไทย ,นิโลบล ทิพย์ฤาตรี ,อรรณภูมิ พรหมรัตน์ ,กำทร ดานา	167
การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: กระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้ ประภัสร์ ไทยประดิษฐ์ ,เสรีย์ ตูประกาย ,มงคล รัชชะ และ โกวิท สุวรรณหงษ์	178

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัด ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด	187
เกศราพร แก้วลาย ,ศุภกัณดา เทเวลา ,ศิวพร สุทธิเกา	
กรณีศึกษา: บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลองตรวจลำไส้ใหญ่	198
อุทัยวรรณ จิระชีวะนันท์	
ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับ อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น	208
จิรนนท์ วรรณชัย	
การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา:โครงการก่อสร้างเส้นทางคมนาคมผิวทางจราจรแบบเคพีซีล	219
พศิน มีใจสืบ มงคล รัชชะ ,เสรีย์ ตูประกาย ,โกวิท สุวรรณหงษ์	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา	229
สายทอง มูลศรีแก้ว	
การบูรณะฟันในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับอุบัติเหตุบริเวณฟันหน้า : รายงานผู้ป่วย	238
จุฑามาศ เจริญพร	
การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษา	247
พัชรารัตน์ ชัยรัตน์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา	256
สุจิตร์ตรา เย็นสง	
การศึกษาปัญหาการใช้ยาเสพติดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย : ในด้านมูลค่าการใช้ยา ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ นครราชสีมา	267
สำราญ โปะสูงเนิน	
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด ของผู้คลอดครั้งแรก โรงพยาบาลลำพูน	276
ทัศนีย์ ศรีสุวรรณ	
การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ	290
ปิยณัฐ คำมีผล	
การพัฒนาแบบการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส	303
ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันในลำไส้และไส้เลื่อน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา	313
จุไรรัตน์ นนทวงษ์	
การศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสกลนคร	322
ทัศนีย์ สดใส ,บุญนาถ แพงชาติ ,ไกรวิชญ์ เรืองฤทธา	
รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินโดยใช้กลไกระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี	333
วรวิทย์ ขาววิรัตน์	
การสำรวจเชื้อราในอากาศภายในห้องส้วมสาธารณะของสถานบริการเชื้อเพลิงการศึกษาชานเมืองกรุงเทพมหานคร และจังหวัดในภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	344
สิริยา ขาวชัยศรี ,กิตติศักดิ์ สีมะ ,พัชรกร ตันวัชรปานิ ,กรรณภัส ลำเลิศ ,ศิริภัสสรณ์ สิมะสิทธิกุล ,เพชรชมพู แก้วมณี ,ชิลิดา อัสสมกร	
,จารวี สุขประเสริฐ	
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย	352
วิจิตร ใจดี	
การพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ	362
วรรณชัย คาคสนิท	



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ธนพร บึงมุ่ม ,สงกรานต์ กลั่นดวง	371
ผลกระทบของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 สู่การปรับตัวชุมชนวิถีใหม่ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป อำเภอยะผิง จังหวัดมหาสารคาม สุทธิพงษ์ ภารพันธ์	380
การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: กิจกรรมรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร แวววลี ประมูล ,เสริย์ ตู่ประกาย ,วรานนท์ คงสง ,ธีรเดช สอนองทวีพร ,มงคล รัชชะ	391
ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลพยุห์ อำเภอยะผิง จังหวัดศรีสะเกษ ประสิทธิ์ ชุมชื่น	398
รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ตำบลชุมช้าง อำเภอยะผิง จังหวัดหนองคาย ยุพิน พรหมภักดิ์	409
ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสูง อำเภอยะผิง จังหวัดศรีสะเกษ สมาน อารีย์	417
ผลของความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ชิรากร บุญดี ,สมคิด สุภาพันธ์	427
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ :กรณีศึกษา 2 ราย มรดก หมอกไชย	437
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา 2 ราย นฤมล ฮามพิทักษ์	451
รูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พัชรินทร์ เลิศวีระพล	462
กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตกระดูกสันหลังส่วนคอหักที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จิรนนท์ ติวทอง	470
รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ สังวาลย์ เปริตพราว ,นงนุช ศรีวะโสสม	482
รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกโรคไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปัญญพร ฉายะโคตร ,รักษน กวีการ ,สุขชี แสงส่อง	495
การพัฒนาแบบทดสอบเพื่อประเมินข้อมูลสุขภาพประชาชน จังหวัดขอนแก่น จิราภรณ์ บุญปก	505
การพัฒนาแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ตามแนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พรรณทิพย์ วรรณขาว , นฤมล ภูสนธิ, สว่างศิลป์ ภูหนองโอง	513
การพัฒนาแบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร อารมณ ร่มเย็น ,เพ็ญพิศ จีระภา	522
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) เทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด กาญจนา จิตูเทน	535
การพัฒนาแบบการให้ความรู้ของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลพระอาจารย์พินอจาโร สมาลินี ชุมชื่น	546
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกร่วมกับภาวะความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา ภัสชญา ภูอาบอ่อน	557

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	566
สมพิน จงเรืองศรี	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา 2 ราย	577
สายรุ้ง ภูนาคำ	
การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยแบบนอนนอนในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	590
พงษ์เดช จาวรุ่งฤทธิ์	
ปัจจัยเสี่ยงในการแพทย์ฉุกเฉิน : การศึกษาแบบ case-controlled study ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	598
ชัยภัทร ต่างวิวัฒน์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ: กรณีศึกษา	608
วิไลวรรณ สุพรรณ	
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด-19 โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด	616
นันทน์สิน บรรจโรจน์	
การพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่บ้าน: กรณีศึกษา	626
ประทุมพร ผลดอน	
การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9	635
สุรางคนา แสงผล	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ : กรณีศึกษา	648
วรรณสินี คำหาญ	
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลหนองหาน	658
วลัยพร รุ่งเรือง, เรืองหทัย ปันณราช, รศนา วรวิทย์ศรางกูร, อรุณา จันธานี	
การให้สารลดแรงตึงผิวในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์	670
ไอริน สุทธิพิศธรรม	
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองพื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล	677
อมรรัตน์ พันธุ์ศิริ	
ผลลัพธ์ทางคลินิกของการให้ยาดีเฟอริพرون (deferiprone) ในเด็กโรคราลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์	689
ดอกฝ้าย แก้วแว	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจະนะ จังหวัดสงขลา	699
ชนิดา เพ็ชรศรี	
การพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายหลังถ่ายโอน สอน./รพสต.ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดมุกดาหาร	705
พันธ์ฉวี สุขบัติ, ประยุทธ์ ศรีสำราญ	

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 31 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา กรกฎาคม – กันยายน 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลเฉพาะราย (Individual care plan) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัดเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดีโอ ทักษะระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ยาสมุนไพรประสานกายสำหรับเสริมการรักษาโรคหัด การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI การให้สุศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและคุณภาพอากาศภายในอาคาร การคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะข้อศอก การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัด บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การบูรณะฟันในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับอุบัติเหตุบริเวณฟันหน้า การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอด การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยแบบนอนนอน โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ กลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ‘SALE Model’ การให้ความรู้ของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป



ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางอารมณ์และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ The Relationship Between Emotional Intelligence and Depression of Adolescents, Phayu District, Sisaket Province.

(Received: August 23,2023 ; Revised: September 6,2023 ; Accepted: September 8,2023)

ฐิชาธัศัฒ์ ชัยบรรจงวตัฒน์¹

Ticharat Chaibanjongwat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 12-15ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3) พื้นที่ในการดำเนินการศึกษาโรงเรียนในเขตอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 170 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เก็บข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) และ แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) อายุ 12-16 ปี วิเคราะห์ข้อมูลจาก ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และ logistic regression

ผลการศึกษา จำนวน 166คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงจำนวน 96 คน เพศชายจำนวน 70 คน ความชุกภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขมีระดับต่ำกว่าปกติคิดเป็น 33% ด้านพอใจชีวิตของฉลาดทางอารมณ์และเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.05)

คำสำคัญ: ความฉลาดทางอารมณ์, ภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่น

ABSTRACT

This research was survey research by cross-sectional study. Sample size were 170 students aged 12-15 years old, studying at the lower secondary level. (Secondary school grades 1-3) Areas for conducting school studies in Phayu District Sisaket Province conducted a research during March 2023 with the objective of studying the prevalence of depression among adolescents. Adolescent Emotional Intelligence Levels and to study the relationship between emotional intelligence and depression of adolescents in Payuh District, Sisaket Province.

The results of the study were 166 people, mostly 96 females and 70 males. Adolescent depression prevalence and Emotional intelligence is lower than normal is thought to be 33%. The life satisfaction aspect of emotional intelligence and female gender were significantly associated with adolescent depression at p-value < 0.05. It can be concluded that adolescents with low life satisfaction aspect of emotional intelligence are dissatisfied with their lives and can cause depression.

Keywords: Emotional Intelligence, depression, adolescents

บทนำ

วัยรุ่นว่าเป็นช่วงวัยการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องจากวัยเด็กอายุระหว่าง 10-19ปี (WHO, 2014)โดยเด็กผู้หญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเด็กผู้ชาย

วัยรุ่นจะมีพัฒนาการด้านต่างๆประกอบด้วย 1) พัฒนาการด้านร่างกาย ได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทั่วไปแขนขาจะยาวขึ้น มีกล้ามเนื้อมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงทางเพศ 2) พัฒนาการ

¹ พบ. โรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ



อารมณ์และสติปัญญา วัยนี้จะมีการพัฒนาสติปัญญาสูงขึ้น มีความคิดวิเคราะห์ และ มีความเป็นตัวตนอย่างชัดเจน จะเริ่มแสดงออกถึงสิ่งตนเองชอบ มีภาพลักษณ์ของตนเอง ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน รักอิสระ ไม่ค่อยชอบอยู่ในกฎเกณฑ์กติกา มีความอยากรู้อยากเห็นอยากลอง อาจทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายถ้าวัยรุ่นขาดการยั้งคิดที่ดี มีความหุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรองให้รอบคอบ หงุดหงิดง่าย เครียดง่าย โกรธง่าย อาจเกิดอารมณ์ซึมเศร้าโดยไม่มีสาเหตุได้ง่าย อารมณ์ที่ไม่ดีเหล่านี้ อาจทำให้เกิดพฤติกรรมเกเร ก้าวร้าว มีผลต่อการเรียนและการดำเนินชีวิต 3) พัฒนาการทางสังคม วัยนี้จะเริ่มไม่สนิทสนมกับครอบครัวเหมือนเดิม จะสนใจเพื่อนมากกว่าใช้เวลากับเพื่อน มีกิจกรรมนอกบ้าน ปรับตัวเองให้เข้ากับกฎเกณฑ์กติกาของกลุ่ม¹

การพัฒนาการทางด้านต่างๆล้วนมีส่วนสำคัญต่อการเรียนและการดำเนินชีวิต ในปัจจุบันพบปัญหาของกลุ่มวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ละเอียดอ่อน จากรายงาน The State of the World' children 2021 : On My Mind : promoting and caring for children's mental health ของยูนิเซฟ พบว่า วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี กว่า 1 ใน 7 คนทั่วโลกมีความป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และวัยรุ่นเกือบ 46,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็น 1 ใน 5 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในวัยรุ่น ในประเทศไทยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ระบุว่าเด็กและเยาวชนอายุ 10-29 ปี ราว 800 คนฆ่าตัวตายสำเร็จใน พ.ศ. 2562 ในขณะที่ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่า เด็กวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี กว่า 10,000 คน ได้โทรเข้าสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อขอรับคำปรึกษา ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความเครียดและความวิตกกังวล ปัญหาความรัก และภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้กรมสุขภาพจิตได้ประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 183,974 คน ผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in ตั้งแต่ 1 ม.ค.

2563-30 ก.ย. 2564 พบว่าวัยรุ่นมีความเครียดสูง 28% เสี่ยงซึมเศร้า 32% เสี่ยงฆ่าตัวตาย 22% เราพบว่าเด็กวัยรุ่นมีความเครียดสูงขึ้น เข้าสังคมลดลง ติดจอและเกมออนไลน์มากขึ้น ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งและความรุนแรงในครอบครัว จนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในบางราย²

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยไม่ใช่ความอ่อนแอทางจิตใจแต่เป็นความผิดปกติ ของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้มีความรู้สึกไม่สบายใจ เศ็งทุกขใจ เศร้า ท้อแท้ซึม หงอยเหงา เบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกสนาน เพลิดเพลิน เหมือนเดิม โดยคนทุกคนและทุกกลุ่มวัย มีโอกาสที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ซึ่งเพศหญิง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชายถ้าไม่ได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าหากมีอาการ เกือบตลอดทั้งวันและนานวันจนถึง 2 สัปดาห์มีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจะส่ง ผลกระทบและปัญหาตามมาทั้งต่อตัวเองครอบครัวและสังคม³

วัยรุ่นในปัจจุบันมีปัญหาทางด้านภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก ซึ่งสาเหตุเกิดได้ทั้งจากตัววัยรุ่น ครอบครัว และบุคคลรอบข้าง โดยวัยรุ่นที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ดี จะสามารถรับรู้ และเข้าใจอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์ มีการคิดพิจารณา และตัดสินใจที่ดีว่า ตนเองจะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไรให้มีความเหมาะสมที่สุด⁴ ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นมีความฉลาดทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นจะไม่สามารถจัดการกับ อารมณ์ของตนเองได้ และจะแสดงออกผ่านการทำ พฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม เช่น บางคนรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ ขาดความมั่นคง รู้สึกว่าตนเองนั้นด้อยประสิทธิภาพ ไร้ความสามารถ สู้คนอื่นไม่ได้ มีแต่ความบกพร่อง น้ำตาไหลร้องไห้บ่อยครั้ง รู้สึกว่าตนเองนั้นผิดอยู่ตลอดเวลา ท้อแท้สิ้นหวัง และนำไปสู่ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายได้^{5,6}



ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาความสัมพันธ์ของความฉลาดทางอารมณ์และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำไปกำหนดเป็นแนวทางในการดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 12-15 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3) พื้นที่ในการดำเนินการศึกษา โรงเรียนในเขตอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 170 คน ดำเนินการวิจัย มีนาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้การศึกษาและการวัดผล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน โรคประจำตัว จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) อายุ 12-16 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 52 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับ พื้นที่ทำการวิจัย

เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือ

2 เตรียมกลุ่มประชากรที่จะทำการวิจัย โดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงความมุ่งหมายในการทำวิจัย

อธิบายถึงวิธีการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจ

3 แจกแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วม

4 เก็บรวบรวมแบบสอบถามโดยผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descript Statistic) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับซึมเศร้า โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกลำดับ (Ordinal logistic regression)

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2023-030 ลงวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของวัยรุ่น ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 166 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงจำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 57.83 และเป็นเพศชายจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 42.14 อายุส่วนใหญ่เป็นของนักเรียน คือ อายุ 13 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.77 รองลงมาเป็น อายุ 14 ปี อายุ 15 ปี และอายุ 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.54, 17.47, 4.22 ตามลำดับ



ตารางที่ 1 ระดับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ (n = 166)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	46	27.71
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	65	39.16
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	28	16.87
มีภาวะซึมเศร้ามาก	16	9.64
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	11	6.63
คะแนนเฉลี่ย ($\pm$ Standard Deviation)	8.53 (6.21)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด: ค่าสูงสุด)	8 (0-27)	

ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจำนวนสูงสุด มีจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 39.16 ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 46คน คิดเป็นร้อยละ 27.71 ส่วนกลุ่มที่

ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 33.14 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.63

ตารางที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกตามจำแนกตามความฉลาดทางอารมณ์รายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 166)

ระดับความฉลาดทางอารมณ์ จำแนกตามรายด้าน	ระดับภาวะซึมเศร้า									
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		ซึมเศร้าเล็กน้อย		ซึมเศร้าปานกลาง		ซึมเศร้ามาก		ซึมเศร้ารุนแรง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ										
- ชาย (70)	29	41.43	26	37.14	12	17.14	3	4.29	0	0.00
- หญิง (96)	17	17.71	39	40.63	16	16.67	13	13.54	11	11.46
ด้านดี										
ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ (40)	12	30.00	15	37.50	10	25.00	2	5.00	1	2.50
ช่วงคะแนนปกติ (115)	30	26.09	47	40.87	16	13.91	13	11.30	9	7.83
ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ (11)	4	36.36	3	27.27	2	18.18	1	9.09	1	9.09
ด้านก่ง										
ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ (25)	5	20.00	12	48.00	4	16.00	3	12.00	1	4.00
ช่วงคะแนนปกติ (126)	37	29.37	48	38.10	22	17.46	11	8.73	8	6.35
ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ (15)	4	26.67	5	33.33	2	13.33	2	13.33	2	13.33
ด้านสุข										
ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ (55)	12	21.82	26	47.27	9	16.36	4	7.27	4	7.27
ช่วงคะแนนปกติ (108)	33	30.56	37	34.26	19	17.59	12	11.11	7	6.48
ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ (3)	1	33.33	2	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00

เพศหญิงจำนวน 96 คน มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 11.46 ส่วนเพศชายจำนวน 70 คน มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 น้อยกว่าเพศหญิงประมาณสองเท่าและไม่มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านดีต่ำกว่าปกติ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 24.10 ในกลุ่มความฉลาดทางอารมณ์ด้านดีต่ำกว่าปกตินี้มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านดีปกติและสูงกว่าปกติ จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 75.9 ในกลุ่มความฉลาดทางอารมณ์ด้านดีปกติและสูงกว่าปกตินี้มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 18.66

ระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่งต่ำกว่าปกติ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 15.06 ในกลุ่มความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่งต่ำกว่าปกตินี้มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ

ความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่งปกติและสูงกว่าปกติ จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 84.94 ในกลุ่มความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่งปกติและสูงกว่าปกตินี้มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง ซึ่งระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไปอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน

ระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขต่ำกว่าปกติ จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 33.13 ในกลุ่มความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขต่ำกว่าปกตินี้มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขสูงกว่าปกติ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.81 ในกลุ่มความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขสูงกว่าปกติไม่พบระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป

จากตารางที่ 4 นำข้อมูลความฉลาดทางอารมณ์ด้านต่างหาความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า พอใจชีวิตของความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขและเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยสถิติ ordinal logistic regression ($n = 166$)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR	95%CI	P-value
1. ความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี					
1.1 ควบคุมตนเอง					0.418
- ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ	19	1.62 (0.56-4.66)	3.05	0.78-11.90	
- ช่วงคะแนนปกติ	122	0.88(0.39-1.99)	1.80	0.62-5.21	
- ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ	25	1	1		
1.2 เห็นใจผู้อื่น					0.881
- ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ	50	0.27(0.09-0.80)	0.48	0.12-1.91	
- ช่วงคะแนนปกติ	101	0.23(0.82-0.64)	0.37	0.10-1.27	
- ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ	15	1	1		
1.3 รับผิดชอบ					0.009



ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์แบบ
หลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยสถิติ ordinal logistic regression (n = 166)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR	95%CI	P-value
- ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ	57	0.07(0.01-0.32)	0.09	0.01-0.52	
- ช่วงคะแนนปกติ	101	0.11(0.02-0.44)	0.14	0.03-0.71	
- ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ	8	1	1		
2. ความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง					
2.1 มีแรงจูงใจ					0.509
- ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ	38	1.02(0.27-3.91)	2.80	0.60-12.97	
- ช่วงคะแนนปกติ	118	1.15(0.32-4.06)	2.26	0.60-8.50	
- ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ	10	1	1		
2.2 ตัดสินใจและแก้ปัญหา					0.093
- ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ	20	0.40(0.14-1.14)	0.45	0.11-1.81	
- ช่วงคะแนนปกติ	118	0.74(0.35-1.57)	1.48	0.59-3.69	
- ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ	28	1	1		
2.3 สัมพันธภาพ					0.264
- ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ	48	0.91(0.33-2.48)	0.48	0.11-1.97	
- ช่วงคะแนนปกติ	99	1.05(0.41-2.66)	0.50	0.14-1.72	
- ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ	19	1	1		
3. ความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข					
3.1 ภูมิใจในตนเอง					0.487
- ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ	33	0.83(0.22-3.09)	0.21	0.42-1.06	
- ช่วงคะแนนปกติ	124	1.06(0.31-3.61)	0.24	0.05-1.07	
- ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ	9	1	1		
3.2 พอใจชีวิต					0.000***
- ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ	68	32.61(3.86-275.27)	228	15.11-2452	
- ช่วงคะแนนปกติ	89	21.81(2.62-181.41)	107	7.92-1463	
- ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ	9	1	1		
3.3 สุขสงบทางใจ					0.215
- ช่วงคะแนนต่ำกว่าปกติ	42	1.36(0.43-4.29)	0.44	0.09-2.00	
- ช่วงคะแนนปกติ	111	1.75(0.59-5.13)	0.69	0.17-2.73	
- ช่วงคะแนนสูงกว่าปกติ	13	1	1		
เพศ					0.000***
- ชาย	70	1	1		
- หญิง	96	3.24(1.80-5.82)	4.49	2.24-8.99	
อายุ (ปี)					0.850
- 12 ปี	7	1	1		
- 13 ปี	71	0.78(0.22-2.74)	0.86	0.19-3.77	
- 14 ปี	59	0.90(0.25-3.24)	0.26	0.04-1.61	
- 15 ปี	29	0.88(0.22-3.44)	1.03	0.11-9.27	

***significance p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของวัยรุ่น ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 166 คน มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป (คะแนน PHQ-A ≥ 10) จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 33.14 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.63 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 96 คน มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 11.46 ส่วนเพศชายจำนวน 70 คน มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 น้อยกว่าเพศหญิงประมาณสองเท่า และไม่มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ (2566)⁷ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว มี 6 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา อายุ ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ และ เพศหญิง

ความชุกของภาวะซึมเศร้าวัยรุ่น ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 33.14 มีความชุกสูงขึ้นเป็นสองเท่า เมื่อเทียบกับการศึกษาของ วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ(2563)⁸ ได้ศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ ผลการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 14.1 และยังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าวัยรุ่นสูงกว่าอันดับ 1 ของการศึกษาคือเขตสุขภาพ

ที่ 5 ร้อยละ 25.0 ความชุกของภาวะซึมเศร้าวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอพยุห์ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สมดี อนันต์ปฏิเวธ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมาพบความชุกของภาวะซึมเศร้านักเรียนมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.08 นับว่าเป็นภาวะซึมเศร้าที่ค่อนข้างสูง อาจเนื่องจากปัจจัย หลายประการ ทั้งจากปัจจัยทางด้านชีวภาพ เนื่องด้วยวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจ มีความเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และอาจเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท และปัจจัยอื่นๆ⁹

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของความฉลาดทางอารมณ์ด้านดีร้อยละ 75.9 ความชุกของความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่งร้อยละ 84.94 และ ความชุกของความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขร้อยละ 66.87 ความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขมีร้อยละต่ำกว่าเป้าหมายที่ 2 : คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้น ของแนวทางการพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 “การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์”¹⁰ ระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขต่ำกว่าปกติมีจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 33.13 ในกลุ่มความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขต่ำกว่าปกตินี้มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขสูงกว่าปกติ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.81 ในกลุ่มความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขสูงกว่าปกติไม่พบระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป จากข้อมูลดังกล่าว หากพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขให้มีระดับสูงกว่าปกติจะป้องกันภาวะซึมเศร้าได้

ข้อมูลจากวิเคราะห์ความฉลาดทางอารมณ์ด้านต่างหาความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า พอใจชีวิตของความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขและเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิลาสินี สุรวาร



รณ (2564)¹¹ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า เพศหญิง ความพึงพอใจในผลการเรียน ความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถสรุปได้ว่าวัยรุ่นที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขต่ำไม่พอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

เมื่อมีความไม่พอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่หรือความพึงพอใจในตนเองต่ำ (Low Self-Esteem) จะส่งผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์ความรู้สึก การดูแลจัดการกับภาวะที่เกิดขึ้นนั้นไม่เหมาะสมเกิดจิตตกง่าย เศร้าเสียใจแม้ได้รับการกระทบกระทั่งเพียงเล็กน้อย นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากผู้ที่มีความพึงพอใจในตนเองต่ำจะตีความเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นต้นเหตุมาจากตัวเอง และมองว่าตัวเองไม่มีความสามารถ ขาดความเชื่อมั่น และไม่ภูมิใจในตนเอง¹²

ความฉลาดทางอารมณ์สามารถปรับเปลี่ยนพัฒนาได้อยู่เสมอ และสามารถฝึกได้ตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข เช่น 1) การพอใจในตนเอง ผู้ดูแลควรชื่นชมในความสามารถที่เด็กมี เพื่อให้เด็กรู้สึกว่าคุณค่า แม้ว่าในบางเรื่องอาจจะด้อยกว่าคนอื่น แต่ผู้ดูแลควรให้กำลังใจและสอนว่าแต่ละคนมีความสามารถเฉพาะตัวแตกต่างกัน เด็กควรภูมิใจในความสามารถที่ตนเองมีอยู่ 2) การรู้จักปรับใจ ผู้ดูแลควรฝึกให้เด็กรู้จักปรับใจเมื่อเจอสถานการณ์ที่ไม่ถูกใจ โดยอาจตั้งคำถามให้เด็กทำความเข้าใจในปัญหา ได้คิด และทำใจหรืออาจช่วยหาทางออกอื่นเพื่อทดแทนหรือเบี่ยงเบนออกจากสถานการณ์ที่ไม่ถูกใจ 3) การ

เรียนรู้เบิกบาน ผู้ดูแลควรหากิจกรรมมาให้เด็กทำให้เวลาที่เด็กอารมณ์ไม่ดี เช่น การวาดรูป การเล่นกีฬา เพื่อให้เด็กรู้จักผ่อนคลายอารมณ์ของตนเอง ในทางตรงกันข้ามผู้ดูแลควรหากิจกรรมยามว่างทำร่วมกับเด็ก เพื่อส่งเสริมให้เด็กสนุกสนาน และมีความสุขร่วมกันอีกด้วย เพื่อให้มีความภูมิใจในตนเอง พอใจในชีวิต พอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ มีความสุขสงบทางใจ มองโลกในแง่ดี มีการปรับใจ เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ความต้องการในชีวิตของตนเองและของผู้อื่น สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข¹³ (โครงการในหลวงระดมหม่อมหลวงอุบลรัตนราชกัญญาสิริวัฒนาพรรณวดี, 2558)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์เชิงป้องกันภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยรุ่น จากความพอใจชีวิตของความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข ซึ่งสามารถฝึกฝนพัฒนาได้ตั้งแต่วัยเด็กจากการเลี้ยงดู ทั้งจากครอบครัว ผู้ปกครอง และจากคุณครูที่โรงเรียน มีกิจกรรมยามว่างทำร่วมกันกับวัยรุ่น ส่งเสริมให้มีความภูมิใจในความสามารถที่ตนเองมีอยู่ รู้จักปรับใจเมื่อเจอสถานการณ์ที่ไม่ถูกใจหรือไม่เป็นอยู่ที่ต้องการ สามารถเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ความต้องการในชีวิตของตนเองและของผู้อื่น สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข

2. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และติดตามสม่ำเสมอเพื่อนำเข้ากระบวนการดูแลบำบัดรักษาลดระดับภาวะซึมเศร้าที่จะนำไปสู่โรคซึมเศร้า เครียด และการฆ่าตัวตาย

3. การศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆให้ครอบคลุมทั้งทางด้าน ครอบครัว สังคม เพื่อน ตามบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- พนม เกตุมาน. (2550). พัฒนาการวัยรุ่น. เข้าถึงได้จาก บริษัทคลินิกจิต-ประสาท:
http://www.psychclin.co.th/new_page_56.htm



2. กรมสุขภาพจิต. (17 มีนาคม 2565). กรมสุขภาพจิต. เข้าถึงได้จาก กรมสุขภาพจิต:
<https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2503>
3. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์อุบลราชธานี. (2562). มารู้จักและหาวิธีรับมือกับภาวะซึมเศร้า ฉบับประชาชน. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
4. พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา. (2562). ความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 , 212-223.
5. จันทรัชย์ ถวิลพิพัฒนกุล. (9 มีนาคม 2564). เข้าถึงได้จาก กรมสุขภาพจิต: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30630>
6. กมลชนก ทองเอียด เตือนนภา ไชยพรหม.(2561). ความฉลาดทางอารมณ์และความเครียดของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 5(2) 213-232.
7. เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ. (2566). ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 8(1) 293-302
8. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อง. (2563). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 136-149.
9. สมติ อนันต์ปฎิเวธ, นันนภัส แววกระโทก, สุกัญญา แก่นจูเหลื่อม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะ ซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. ปี ที่ 4 ฉบับที่ 3.
10. กรมสุขภาพจิต. (2561). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580). กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
11. วิลาสินี สุรวรรณ. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย , 403-416.
12. ทานตะวัน อวิรุทธวรกุล. (12 สิงหาคม 2559). รีเช็คกันมัย ว่าคุณพอใจในตนเองต่ำหรือเปล่า (Low-self esteem). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
13. โครงการในหลวงทรงหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญาสิริวัฒนาพรรณวดี. (2558). คู่มือการจัดกิจกรรม “ฝึกคิดแก้ปัญหา พัฒนา EQ” สำหรับ อาสาสมัคร/ แกนนำศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE. นนทบุรี: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอมมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.



ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม

Relationship and Predictors of Stress and Quality of Life of Hairdresser

(Received: July 4,2023 ; Revised: September 3,2023 ; Accepted: September 5,2023)

ปองเดช กวินปัดย์¹ นันทิรา วรกาญจนบุญ²

Phongdej Khawinpat¹ Nantira Vorakarnchanabun²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ประกอบอาชีพทำผม จำนวน 404 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติอ้างอิงและการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพทำผมมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (78.40) และผู้ประกอบอาชีพทำผมมีระดับความเครียดรวมอยู่ในระดับเครียดมาก (8.34) 2) การวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผมโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพทำผม ได้แก่ ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X_3) ปัจจัยด้านศาสนา (X_4) ปัจจัยด้านรายได้ (X_6) ด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (X_1) ด้านจิตใจ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ (X_2) ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X_3) ปัจจัยด้านรายได้ (X_6) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (X_1) มีปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X_3) ด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพทำผม ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (X_1) ปัจจัยด้านอายุ (X_2) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X_5) ปัจจัยด้านรายได้ (X_6)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ความเครียด, ปัจจัย, ผู้ประกอบอาชีพทำผม

ABSTRACT

This study was conducted as a cross-sectional study with the following objectives: 1) examine the level of stress and quality of life among hairdressers, and 2) analyze the relationship and predictors between stress and quality of life in hairdresser group. The sample group consisted of 404 hairdressers. The data were analyzed using descriptive statistics, Reference Statistics, and Multiple Regression Analysis.

The results indicated that: 1) the overall quality of life among hairdressers was at a moderate level (78.40), while the total stress level was very high (8.34); 2) Multiple Regression Analysis revealed several factors that predicted the overall quality of life among hairdressers, which are: marital status factor (X_3), religion factor (X_4), income factor (X_6), the physiological aspect including gender factor (X_1), the psychological aspect including age factor (X_2), marital status factor (X_3) and income factor (X_6), the social relations aspect including gender factor (X_1), marital status factor (X_3), the environment of hairdressers aspect including gender factor (X_1), age factor (X_2), educational level factor (X_5), income factor (X_6).

Keywords: Quality of life, Stress, Factor, Professional Hair Dresser

บทนำ

ประเทศต่างๆ มีความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคนให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น เพื่อช่วยให้ทุกคนในสังคมนั้นกินดีอยู่ดี มีความสุขสมบูรณ์

ประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีดังนี้ 1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยมีแนวทางในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นส่งผลให้สังคมมีความสงบสุขไปด้วย 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตกระตุ้นให้บุคคลและสังคมเกิด

^{1,2} คณะวิศวกรรมศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ

*Corresponding author E-mail: nantira.von@svit.ac.th

ความกระตือรือร้นคิดที่จะปรับปรุงตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นอยู่เสมอ 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลรู้จักใช้ปัญญา มีเหตุผล มีคุณธรรม จริยธรรม หลักการบริหารเพื่อมาแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและสังคม 4) การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลและสังคมอยู่ร่วมกันด้วยความสมานฉันท์ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งและปัญหาสังคม 5) การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลและสังคม ที่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข เกิดความร่วมมือร่วมใจ ในการส่งเสริมศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณีและค่านิยมที่ดีงามให้เกิดขึ้นในสังคม ดังจะเห็นได้ว่าหากคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีคุณภาพที่ดียอมนำไปสู่การพัฒนาประเทศชาติให้เจริญรุดหน้าก้าวไกลขึ้น¹

ความเครียดเป็นธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต ถ้าเครียดกำลังดีก็จะมีประโยชน์เพราะความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแรงผลักดันให้มนุษย์เรามีกระบวนการปรับตัว พัฒนาความสามารถ ความรู้ หรือ ทักษะการใช้ชีวิตให้เพิ่มพูน ค้นพบศักยภาพใหม่ๆ ของเราให้พ้นจากขอบเขตเดิมที่ทำได้² อย่างไรก็ตามหลายสถานการณ์ที่ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นมากเกินไปจนเกิดความพอดี หรือเราเองไม่สามารถรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และทันเวลาก็อาจทำให้เกิดปัญหาการใช้ชีวิตหรือการทำงานไม่ประสบความสำเร็จที่ต้องการ อีกทั้งนำมาสู่ผลเสียต่อร่างกายและจิตใจหลายประการ ดังนั้นเราจึงควรรู้จักวิธีการจัดการบริหารความเครียด (Stress management) เพื่อที่จะสามารถรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตการทำงานทุกๆ วันได้อย่างเหมาะสม หรืออย่างน้อยก็ช่วยให้เราทนต่อความเครียดได้มากขึ้น ความเครียดเป็นภาวะความรู้สึกรบกวนหรืออารมณ์ของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้หรือประเมินสิ่งที่ผ่านเข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามร่างกายและจิตใจ ทำให้รู้สึกท้อแท้กดดัน ก่อให้เกิดความ

วิตกกังวล สับสนไม่สบายใจ เกิดความไม่สมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ³

การประกอบอาชีพทำผม ช่างเสริมสวยในปัจจุบัน เป็นอาชีพที่เป็นที่นิยมและมีให้บริการทั่วไปมีการขยายการบริการเป็นจำนวนมากทั้งในเมืองใหญ่ และแม้แต่ในหมู่บ้าน จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของช่างเสริมสวยในกรุงเทพมหานครพบว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการใช้สารเคมีในการทำงานของช่างเสริมสวย พบอาการทางระบบทางเดินหายใจมากที่สุดร้อยละ 49.85⁵ การบริการในร้านเสริมสวยที่สามารถทำเงินเข้าร้านได้มากที่สุด ได้แก่ การบริการประเภทตัดผม ยืดผม การย้อมผมและการทำสีแพชชั่นสีผม ธุรกิจเสริมสวยทำให้ผู้ประกอบการให้ความสนใจและส่งเสริมให้มีการใช้สารเคมีมากยิ่งขึ้นอีกทั้งบริษัทผู้ผลิตแต่งผม-เสริมสวยต่าง ๆ ได้คิดค้นและกระตุ้นการทำผมแพชชั่นใหม่ ๆ ทำให้มีการใช้สารเคมีกันอย่างแพร่หลาย ส่งผลให้ช่างทำผมที่ต้องทำงานสัมผัสสารเคมีอย่างต่อเนื่องทุกวันมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากสารเคมีแม้ว่าสารเคมีส่วนใหญ่จะผ่านการรับรองว่าปลอดภัยแต่ยังไม่มีการระบุถึงปริมาณการสัมผัสในระดับที่ปลอดภัย⁶

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจาก ทฤษฎี สถิติ และงานวิจัยพบว่าผู้ประกอบการอาชีพทำผมมีโอกาสการทำงานสัมผัสกับความเสียดังกล่าวอันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรงต่องานวิจัยมุ่งประเด็นในเรื่องสัมผัสกับความเสียดังกล่าวอันส่งผลต่อสุขภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญในเรื่องความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผมในมิติต่าง ๆ มีลักษณะภาพรวมเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษาให้เป็นไปตามเป้าหมายจึงจำเป็นต้องได้ข้อมูลพื้นฐานที่ถูกต้องเพื่อเป็นแนวทางในการที่จะวางแผนพัฒนาปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ตรงประเด็นในแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตต่อไป นำไปใช้ประโยชน์ในการ

ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ และอาจใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและหรือปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประกอบอาชีพทำผม ตลอดจนนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตบุคลากรอื่น ๆ ในอาชีพที่บริบทใกล้เคียงได้ เช่น พนักงานนวดและสปา เป็นต้น ได้อย่างถูกต้องและมีทิศทางต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบอาชีพทำผมจำนวน 404 คนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบอาชีพทำผม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL -

BREF - THAI) 26 ตัวชี้วัด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด (ST-5) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แบบสอบถามปลายเปิด) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามซึ่งมีเนื้อหาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) 26 ตัวชี้วัด แบบประเมินความเครียด (ST-5) 5 ตัวชี้วัด หาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.6515 นำแบบสอบถามไปเสนอขอคำปรึกษาและข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้มีการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งกล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Regression Analysis

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร

เพศ พบว่า กลุ่มประชากรผู้ประกอบอาชีพทำผมที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 214 คน (ร้อยละ 59.70) อายุ อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี จำนวน 198 คน (ร้อยละ 49.00) สถานะภาพการสมรส สถานภาพโสด จำนวน 345 คน (ร้อยละ 85.40) ศาสนา นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 322 คน

(ร้อยละ 79.70) ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 246 คน (ร้อยละ 60.90) รายได้ต่อเดือน อยู่ช่วง 30,001 - 40,000 บาท จำนวน 141 คน (ร้อยละ 34.90) เมื่อทำการประเมินความเครียดโดยให้ผู้ประกอบอาชีพทำผมทำการประเมินตนเองในอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-3 สัปดาห์ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีความเครียดอยู่ในระดับที่เครียดมาก รวมทั้งถึงระดับความเครียดรวมอยู่ในระดับเครียดมาก เช่นกัน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทำผม มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (18.94) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพทำผมมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (20.03) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพทำผมมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (9.05) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพทำผมมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (23.33) คุณภาพชีวิตรวมของผู้ประกอบอาชีพทำผมมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (78.40)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพทำผม

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
Constant	3.887	0.188		20.624	0.000
ปัจจัยด้านเพศ (X_1)	0.022	0.054	0.021	0.410	0.682
ปัจจัยด้านอายุ (X_2)	-0.038	0.034	-0.060	-1.127	0.260
ปัจจัยสถานภาพการสมรส (X_3)	-0.096	0.042	-0.117	-2.302	0.022*
ปัจจัยด้านศาสนา (X_4)	-0.090	0.035	-0.127	-2.611	0.009*
ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X_5)	0.018	0.041	0.024	0.442	0.658
ปัจจัยด้านรายได้ (X_6)	0.129	0.020	0.326	6.569	0.000*
ปัจจัยการนอน (X_7)	0.020	0.040	0.035	0.502	0.616
ปัจจัยสมาธิ (X_8)	0.006	0.037	0.011	0.176	0.861
ปัจจัยหงุดหงิดกระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ (X_9)	0.055	0.039	0.091	1.416	0.158
ปัจจัยพบปะผู้คน (X_{10})	0.034	0.041	0.059	0.829	0.408
ปัจจัยระดับความเครียด (X_{11})	-0.027	0.027	-0.108	-1.020	0.308

R = 0.353

$R^2 = 0.125$

Adj. $R^2 = 0.100$

SEE = 0.49758

F = 5.078

ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพทำผม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีความสามารถในการทำนาย (R^2) 0.125 สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 12.50 จากการเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยสถานภาพการสมรส (X_3) ปัจจัยด้านศาสนา (X_4)

ปัจจัยด้านรายได้ (X_6) มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.05$

ซึ่งสามารถเขียนสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพทำผม ดังนี้ $\hat{Y} = 3.887 - 0.096X_3 - 0.090X_4 + 0.129X_6$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ประกอบอาชีพทำผม

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
Constant	3.180	0.136		23.311	0.000
ปัจจัยด้านเพศ (X ₁)	-0.104	0.039	-0.141	-2.668	0.008*
ปัจจัยด้านอายุ (X ₂)	0.020	0.024	0.045	0.807	0.420
ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X ₃)	-0.027	0.030	-0.047	-0.889	0.375
ปัจจัยด้านศาสนา (X ₄)	0.000	0.025	-0.001	-0.015	0.988
ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X ₅)	0.002	0.030	0.003	0.053	0.958
ปัจจัยด้านรายได้ (X ₆)	0.008	0.014	0.029	0.565	0.572
ปัจจัยการนอน (X ₇)	0.028	0.029	0.069	0.961	0.337
ปัจจัยสมาธิ (X ₈)	-0.018	0.027	-0.045	-0.668	0.505
ปัจจัยหงุดหงิดกระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ (X ₉)	-0.013	0.028	-0.032	-0.467	0.641
ปัจจัยพบปะผู้คน (X ₁₀)	-0.014	0.029	-0.036	-0.485	0.628
ปัจจัยระดับความเครียด (X ₁₁)	0.008	0.019	0.046	0.417	0.677

R = 0.199 R² = 0.040

Adj.R² = 0.013

SEE = 0.36020

F = 1.473

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ประกอบอาชีพทำผม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีอำนาจการทำนาย (R²) 0.040 สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 4.00 จากการเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยด้าน

เพศ (X₁) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value = 0.05

สามารถเขียนสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ประกอบอาชีพทำผม ดังนี้ $\hat{Y} = 3.180 - 0.104X_1$

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพทำผม

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
Constant	3.757	0.190		19.788	0.000
ปัจจัยด้านเพศ (X ₁)	0.026	0.054	0.025	0.480	0.632
ปัจจัยด้านอายุ (X ₂)	0.078	0.034	0.127	2.305	0.022*
ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X ₃)	-0.119	0.042	-0.149	-2.816	0.005*
ปัจจัยด้านศาสนา (X ₄)	-0.050	0.035	-0.073	-1.430	0.153
ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X ₅)	-0.037	0.042	-0.050	-0.897	0.370
ปัจจัยด้านรายได้ (X ₆)	0.041	0.020	0.107	2.067	0.039*
ปัจจัยการนอน (X ₇)	-0.014	0.041	-0.024	-0.334	0.739
ปัจจัยสมาธิ (X ₈)	0.012	0.037	0.021	0.312	0.755
ปัจจัยหงุดหงิดกระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ (X ₉)	0.019	0.039	0.033	0.491	0.624
ปัจจัยพบปะผู้คน (X ₁₀)	0.014	0.041	0.025	0.330	0.742
ปัจจัยระดับความเครียด (X ₁₁)	0.000	0.027	0.001	0.006	0.995

R = 0.225 R² = 0.051

Adj.R² = 0.024

SEE = 0.50123

F = 1.909

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพทำผม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีอำนาจการทำนาย (R^2) 0.051 ซึ่งหมายความว่า สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 5.10 จากการเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ (X_2) ปัจจัยสถานะภาพการสมรส

(X_3) ปัจจัยด้านรายได้ (X_6) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value = 0.05

สามารถเขียนสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพทำผม ดังนี้ $\hat{Y} = 3.757 + 0.078X_2 - 0.119X_3 + 0.041X_6$

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพทำผม

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
Constant	3.968	0.226		17.559	0.000
ปัจจัยด้านเพศ (X_1)	-0.143	0.065	-0.117	-2.216	0.027*
ปัจจัยด้านอายุ (X_2)	0.026	0.040	0.036	0.649	0.517
ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X_3)	-0.101	0.050	-0.107	-2.013	0.045*
ปัจจัยด้านศาสนา (X_4)	0.005	0.042	0.006	0.118	0.906
ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X_5)	-0.054	0.050	-0.060	-1.084	0.279
ปัจจัยด้านรายได้ (X_6)	0.003	0.024	0.007	0.130	0.897
ปัจจัยการนอน (X_7)	0.055	0.048	0.081	1.133	0.258
ปัจจัยสมาธิ (X_8)	-0.017	0.044	-0.025	-0.378	0.705
ปัจจัยหงุดหงิดกระวนกระวายว้าวุ่นใจ (X_9)	0.031	0.046	0.045	0.660	0.510
ปัจจัยพบปะผู้คน (X_{10})	0.027	0.049	0.041	0.549	0.583
ปัจจัยระดับความเครียด (X_{11})	-0.026	0.032	-0.088	-0.793	0.428

R = 0.206

$R^2 = 0.042$

Adj.R² = 0.015

SEE = 0.59672

F = 1.573

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพทำผม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีอำนาจการทำนาย (R^2) 0.042 ซึ่งหมายความว่า สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 4.20 จากการเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ (X_1) ปัจจัย

สถานะภาพการสมรส (X_3) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value = 0.05

สามารถเขียนสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพทำผม ดังนี้ $\hat{Y} = 3.968 - 0.143X_1 - 0.101X_3$

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
Constant	3.418	0.146		23.456	0.000
ปัจจัยด้านเพศ (X ₁)	-0.160	0.042	-0.186	-3.844	0.000*
ปัจจัยด้านอายุ (X ₂)	0.125	0.026	0.243	4.797	0.000*
ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X ₃)	-0.016	0.032	-0.024	-0.494	0.622
ปัจจัยด้านศาสนา (X ₄)	-0.031	0.027	-0.053	-1.142	0.254
ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X ₅)	-0.113	0.032	-0.179	-3.524	0.000*
ปัจจัยด้านรายได้ (X ₆)	0.085	0.015	0.268	5.635	0.000*
ปัจจัยการนอน (X ₇)	0.034	0.031	0.073	1.100	0.272
ปัจจัยสมาธิ (X ₈)	-0.018	0.029	-0.039	-0.638	0.524
ปัจจัยหงุดหงิดกระวนกระวายว้าวุ่นใจ (X ₉)	-0.006	0.030	-0.013	-0.212	0.833
ปัจจัยพบปะผู้คน (X ₁₀)	0.054	0.031	0.117	1.712	0.088
ปัจจัยระดับความเครียด (X ₁₁)	-0.012	0.021	-0.058	-0.573	0.567

R = 0.443 R² = 0.196 Adj.R² = 0.174 SEE = 0.38472 F = 8.696

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพทำผมโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีอำนาจการทำนาย (R²) 0.196 สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 19.60 จากการเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ (X₁) ปัจจัยด้านอายุ (X₂) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X₅) ปัจจัยด้านรายได้ (X₆) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.05$

สามารถเขียนสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพทำผม ดังนี้ $\hat{Y} = 3.418 - 0.160X_1 + 0.125X_2 - 0.113X_5 + 0.085X_6$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม พบว่า

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย สุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตรวมของผู้ประกอบอาชีพทำผม มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง อันเนื่องด้วยบทบาทและหน้าที่ของการทำผมที่มี สภาพแวดล้อมที่ความเครียด แรงรีบและอริยาบถการทำงานซ้ำๆ การยืน ท่าทางการทำงาน ความเครียดจากการ

ทำงานที่ต้องแข่งขันกับเวลา สภาพแวดล้อมในการทำงาน จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในเรื่องการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะทางกายนั้นมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นงนุช ปาเกียง. (2557)⁷ โดยได้ศึกษาลักษณะการทำงานของผู้ประกอบอาชีพทำผมหรือช่างเสริมสวยไว้ว่า โดยทั่วไปลักษณะการทำงานของผู้ประกอบอาชีพทำผมมีความคล้ายคลึงกัน ในการให้บริการลูกค้าที่เดินเข้ามาใช้บริการในร้าน ตั้งแต่การออกแบบทรงผมให้เข้ากับ บุคลิกภาพ หน้าตาของแต่ละบุคคลและขั้นตอนการลงมือปฏิบัติต่างๆ เช่น สระ ซอย ตัด จัดทรงและอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะต้องอยู่ในท่าทางการยืนปฏิบัติงาน ถึงร้อยละ 90⁸ และสอดคล้องกับ ชุณิชา สาลีพันธ์ และคณะ (2563)⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของปองเดช กวินปัทย์ และ นันทิรา วรกาญจนบุญ. (2566)¹⁰ เนื่องจากผู้ประกอบอาชีพทำผมมีการยืนทำงานทำงานเป็นเวลานานติดต่อกันมากกว่า 2 ชั่วโมง เกิดอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ ทำให้ปวดเมื่อยตามร่างกาย ได้รับความร้อนจากเครื่องไดร์ผมหรือรีดผม ทำให้ผิวหนังไหม้ ร้อน เป็นผื่นแดง และสัมผัสกับตัวทำละลายสารเคมี น้ำยาตัดผม น้ำยายืดผม น้ำยาย้อม ผม ทำให้เกิดอาการผิดปกติระบบทางเดินหายใจ คือแสบจมูก จึงทำให้ช่างเสริมสวยมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี สอดคล้องกับ

การศึกษาตามหลักการยศาสตร์ของ เนตรชนก เจริญสุข (2556)¹¹ ในประเด็นปัญหาด้านการยศาสตร์ที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เกิดจากท่า ยืนและนั่งที่ไม่ถูกต้อง ผู้ปฏิบัติงานในสถาน ประกอบการควรศึกษาท่าทางที่ถูกต้องเพื่อป้องกัน อันตรายที่จะเกิดขึ้นในการทำงาน ในขณะที่ สถาน ประกอบการควรคำนึงถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานให้พนักงานทั้งที่เป็นสถานที่ อุปกรณ์ สำนักงานและเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการ ทำงาน และจากผลการศึกษาของ ศิริจันทร์ทิพย์ ชาญด้วยวิทย์ และ ภัทราวดี จารวัฒนธรรม (2556)¹² ยังมีความเสี่ยงของผู้ประกอบอาชีพทำ หมดต่อสุขภาพจากสารเคมี ได้แก่ พิษสารเคมีที่เป็น น้ำยาสระผม ย้อมผม ทำสีผม ดัดผม หรือยัดผม การทาเล็บและการลบยาทาเล็บ นั้นเสี่ยงต่อการ ระคายเคืองจากสารเคมีและการได้รับสารเคมี หลายชนิดเข้าสู่ร่างกาย เช่น สารเคมีกลุ่ม สารประกอบอินทรีย์ระเหย ได้แก่ อะซิโตน (Acetone) อะซิโตนไนไตรล์ (Acetonitrile) ฟอรั่มัล ดีไฮด์ (Formaldehyde) โทลูอิน (Toluene) พา ทาเลต (Phthalates) เป็นต้น โดยเฉพาะสารเคมี สำคัญที่ชื่อ ฟอรั่มัลดีไฮด์ โดยปกติฟอรั่มัลดีไฮด์ใช้ ในการฟอกหนัง ใช้รักษาสภาพเนื้อเยื่อ แต่ใน กระบวนการเสริมสวยอาจพบฟอรั่มัลดีไฮด์อยู่ใน น้ำยายัดผม น้ำยาปรับสภาพผมหรือแชมพูบางสูตร ที่ไม่ได้มาตรฐาน เมื่อนำมาใช้ไอระเหยจะฟุ้ง กระจายอยู่ในอากาศได้อีกด้วย ซึ่งจากการสำรวจ ยังพบว่าผู้ประกอบอาชีพทำผมมีพฤติกรรมความ เสี่ยงต่ออันตราย เช่น ไม่ใส่ถุงมือไม่ใส่ผ้าปิดจมูกไม่ ใส่ เสื้อกาวน์¹³ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับ สารเคมีทั้งการสัมผัสทางผิวหนังและการสูดดมเข้า ไป โดยเฉพาะในกิจกรรมการย้อมผม ยัดผม ที่มี การใช้เวลาปฏิบัติงานนานสุดถึง 4-5 ชั่วโมง

ทั้งนี้ในส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้าน สัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ ประกอบอาชีพทำผมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปาน กลางเช่นกัน ซึ่งผลจากการวิจัยในครั้งนี้ได้สะท้อน ให้เห็นระดับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและสำหรับ

การศึกษาในครั้งต่อไปจำเป็นต้องศึกษาเชิงลึกใน แต่ละด้านของคุณภาพชีวิตต่อไป และอีกประการ หนึ่งที่น่าจะเป็นไปได้เมื่อด้านร่างกายประสบภาวะ ความเสี่ยงต่อสุขภาพจึงมีผลกระทบโดยตรงต่อ ด้านอื่นด้วยไม่ว่าจะเป็นคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม เป็น ผลมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และอาจ เป็นได้ที่คุณภาพชีวิตด้านต่างๆไม่อยู่ในระดับที่ไม่ดี อันเนื่องมาจากอาชีพทำผมเป็นอาชีพมีรายได้ดีทำ ให้มีความเป็นอยู่ที่ดีจึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านต่าง จึงอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

การประเมินความเครียดโดยให้ผู้ประกอบ อาชีพทำผมทำการประเมินตนเองในอาการหรือ ความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-3 สัปดาห์ เมื่อพิจารณา ทั้งรายข้อและคะแนนรวม พบว่า มีความเครียดอยู่ ในระดับที่เครียดมาก ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่างเช่น รายได้ที่ไม่เพียงพอหนี้สิน ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ทำให้ เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย เป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษหากมากเกินไป จะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของผู้ประกอบ อาชีพทำผม

2. การวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มี ผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม พบว่า 1. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ ประกอบอาชีพทำผม ได้แก่ ปัจจัยสถานะภาพการ สมรส (x_3) ปัจจัยด้านศาสนา (x_4) ปัจจัยด้านรายได้ (x_6) ด้านร่างกายของผู้ประกอบอาชีพทำผม ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (x_1) ด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพ ทำผม ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ (x_2) ปัจจัยสถานะภาพ การสมรส (x_3) ปัจจัยด้านรายได้ (x_6) ด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพทำผม ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (x_1) มีปัจจัยสถานะภาพการ สมรส (x_3) ด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพทำ ผม ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (x_1) ปัจจัยด้านอายุ (x_2) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (x_5) ปัจจัยด้านรายได้ (x_6) ในการวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณ (Multiple Regression) จากการทำนาย

การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่าตัวแปรอิสระในด้านรายได้ตามผลการเข้าสมการมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผมเสียส่วนใหญ่ซึ่งมีอาจส่งผลต่อการทำงานและความเครียดที่เกิดขึ้น ในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญเพื่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความพร้อมต่อการทำงานในสภาพแวดล้อมการทำงานต่อไป และควรให้ศึกษาสภาพ ปัญหา ความต้องการจำเป็น แต่ไม่สามารถละเลยการศึกษาตัวแปรอิสระอื่นๆ ด้วย จากผลการเข้าสมการทำนายซึ่งเป็นการทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละเท่าไรให้พิจารณาความสัมพันธ์ ค่า R^2 ของแต่ละสมการ ซึ่งเป็นการทำนายตัวแปรอิสระร่วมกันในการทำนายตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผมในแต่ละด้าน ซึ่งจากศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ ค่า R^2 จะมีค่าต่ำกว่า 0.40 ซึ่งหมายความว่ามีความสัมพันธ์น้อยจึงทำนายได้ไม่ดีนัก แต่อย่างไรก็ตามก็สามารถทำนายได้ ทั้งนี้การศึกษาวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ที่มีปรากฏการณ์บางอย่างยังหาเหตุผลมาอธิบายได้ อย่างไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน อาจมี Unexplained variation อยู่มาก ในการวิจัยครั้งนี้ก็จะมีค่า R^2 ต่ำ แต่ผลการวิเคราะห์ยังแสดงค่าสัมประสิทธิ์ของ Regression ที่มีนัยสำคัญสำหรับการอธิบายตัวแปรตามจากตัวแปรอิสระ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ แม่กอง (2558)¹⁴ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่อำเภอมาบตาพุด จังหวัดปัตตานี ผลการวิจัย พบว่าบุคลากรที่มีเงินเดือนมากกว่ามีคุณภาพชีวิตการทำงานมากกว่า บุคลากรที่มีเงินเดือนน้อยกว่า ซึ่งยังสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานคุณภาพชีวิตการทำงานของ Richard E. Walton (1973)¹⁵ ซึ่งได้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างคุณภาพชีวิตในการทำงานนั้น แนวคิด

คุณภาพชีวิตการทำงานประกอบขึ้นเป็นหนังสือ Criteria for Quality of Working life โดยค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ (Adequate and fair compensation) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวิกรม มนต์วิเศษ (2551)¹⁶ ผลการเปรียบเทียบความเครียดพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ การศึกษา อายุ สถานภาพ และลักษณะงาน ที่แตกต่างกันมีระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม รายได้แต่ละเดือนเพียงพอค่าใช้จ่ายและภาวะหนี้สินในปัจจุบันที่แตกต่างกันมีระดับความเครียดของพนักงานไม่แตกต่างกันและปัจจัยแวดล้อมขณะปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน และสวัสดิการที่ได้รับที่แตกต่างกันมีระดับความเครียดของพนักงานไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผมไม่ต่างกันซึ่งมีความเป็นไปได้ที่ผู้ประกอบอาชีพทำผมมีการจัดการความเครียดได้ดีจึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตแต่อย่างไรก็ตามเราก็ไม่สามารถละเลยเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นและการส่งเสริมการจัดการความเครียดให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลการวิจัยเชิงสำรวจเป็นข้อมูลเชิงพรรณนาสามารถนำข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผมซึ่งมีการศึกษาสภาพ ปัญหา ด้านคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านไว้แล้ว ทำการศึกษาวิจัยในประเด็นการศึกษาในรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพทำผม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการนำมาแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตต่อไป หรือนำข้อมูลแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตมาศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเชิงลึกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อนุธรรม อีสเฮาะ (2562). คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสะกอมอำเภอเทพาจังหวัดสงขลา (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
2. กุลธิดา สุภาคุณ, (2555) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเครียด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2555
3. กมลมาลย์ อุปพันธ์. (2551) การจัดการความเครียดของพนักงานสายการบิน ที่ทำหน้าที่ตรวจบัตรผู้โดยสารสายการบินไทย . มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/เชียงใหม่. DOI:
https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/CMU.the.2008.23
5. พรแก้ว เหลืองอัมพร จิระพงษ์สุวรรณ สุรินทร์ กลัมพากร และ สรา อารณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของช่างเสริมสวยในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(2), 51-64
6. วันชัย สุธีระขจร. (2554). อาชีวอนามัยในอุตสาหกรรมทางด้านความสวยงาม ในเอกสารการอบรมผู้ประกอบการกิจการเสริมสวยหรือแต่งผมตามโครงการพัฒนาระดับมาตรฐานสถานประกอบการรุ่นที่ 1 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554 ณ โรงแรมรอยัลลิเอร์ เขตบางพลัดกรุงเทพมหานคร เรื่องปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพสวยสวยหรือแต่งผม. จัดโดยกองสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: กองสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมสำนักอนามัย.
7. นงนุช ปาเกียง. (2557). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอันตราย จากการทำงานของผู้ประกอบการอาชีพช่างทำผม ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. /(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8. ณัฏพร พรหมโชติ. (2548). การศึกษาสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสถานบริการแต่งผม-เสริมสวยกรณีศึกษาในพื้นที่เขต 2.ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
9. ชุณิชา สาลีพันธ์ และคณะ (2563). สิ่งคุกคามจากการทำงานและภาวะสุขภาพของช่างเสริมสวยเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา, 7(2), 237-244.
10. ปองเดช กวินปัทม์ และ นันทิรา วรกาญจนบุญ. (2566). คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 8(2). 54-62
11. เนตรชนก เจริญสุข (2556). การยีนและนั่ง.แบบการยศาสตร์. EAU Heritage Journal Science and Technology, 7(1), 11–15. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/25686>
12. ศิริจันทร์ทิพย์ ขาญด้วยวิทย์ และ ภัทราวดี จารวัฒน์ธรรม (2556). คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสริมสวย. เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2566, จาก
https://drive.google.com/file/d/1xv0zttWvSrCSBctm1J3TeJd_Txnlgp3_/view
13. Aldo Pacheco Ferreira. (2013). Occupational health hazards of female hairdressers in Jacarepagua, Rio do Janeiro, Brazil. Journal of Environmental and Occupational Science, Vol.2 (page 27 -32)
14. อนันต์ แม่กอง. (2558). คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี. ใน สารนิพนธ์ปริญญาตรีวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและเอกชน . มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
15. Walton, Richard E. (1973). Quality of Working Life: what is it? sloon Management Review. 15 ZFall: 11-16. New York: Free Press.
16. ธวัชกร มนต์วิเศษ (2551). การศึกษาความเครียดของพนักงานธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.



พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน
Develop a care model for patients with uncontrolled diabetes. in diabetes clinic Nong
Phalan Subdistrict Health Promoting Hospital Nong Rawiang Subdistrict Integrated
community participation model.

(Received: September 15,2023 ; Revised: September 18,2023 ; Accepted: September 19,2023)

มานพ ผสม¹

Manop phasom¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ จำนวน 27 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t- test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) ในส่วนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้นทุกด้าน ผลลัพธ์ทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ค่าดัชนีมวลกาย Body Mass Index และระดับน้ำตาลสะสม HbA1C หลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน ลดลงจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.00 ($\bar{X}=25.26$, S.D.=4.42, $\bar{X}=8.37$, S.D.=2.04) ตามลำดับ และมีความพึงพอใจภาพรวมต่อการพัฒนาฯ ในระดับมาก ($\bar{X}=4.81$, S.D.=0.40)

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน การมีส่วนร่วมของชุมชน

ABSTRACT

This research was research and development with the objective of developing an integrated care model for uncontrolled diabetes patients with community participation. In the diabetes clinic, Nong Phalan Subdistrict Health Promoting Hospital. Sample size were 27 diabetic patients whose disease was not controlled were analyzed using frequency distribution, percentage, standard deviation, Paired t-test statistics, and content analysis.

The research results found that After participating in the activity The sample group had a higher level of knowledge about diabetes and overall quality of life than before participating in the activity at a statistical significance of 0.05 ($p < .05$) in terms of quality of life, physical and mental health, and social relationships. and environmental increased in every aspect Clinical outcomes have changed for the better. Body Mass Index and cumulative sugar level HbA1C after participating in the activity for 3 months decreased significantly from before participating in the activity at the level of 0.00 ($\bar{x}=25.26$, S.D.=4.42, $\bar{x}=8.37$, S.D.=2.04) respectively and were overall satisfied with the development at a high level ($\bar{x}=4.81$, S.D.=0.40).

Keywords: diabetes, community participation

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พื้นที่บริการ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองระเวียง มีพื้นที่รับผิดชอบประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน 857 หลังคาเรือน ประชากร 2,549 คน แบ่งเป็นเพศชาย 1,227 คน เพศหญิง 1,322 คน มีโรงเรียนขยายโอกาส 1 แห่ง วัดและสำนักสงฆ์ในพื้นที่จำนวน 3 แห่ง รวมถึงมีสถานประกอบการภาคเอกชนในพื้นที่จำนวนมาก จากการเป็นพื้นที่รอยต่อเขตอุตสาหกรรมสุรนารี ทำให้ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบมีจำนวนมาก และพบปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในการดูแลมากขึ้นตามไปด้วย เช่น ผู้ป่วยติดต่อดีเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่ติดต่อดีเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และโรคอุบัติใหม่โรคโควิด 19 ฯลฯ พยาบาลวิชาชีพในตำแหน่งกลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคต้องใช้ความรู้ ความสามารถด้านการพยาบาลในชุมชนและความเชี่ยวชาญการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคเพื่อดูแลประชากรทุกกลุ่มวัย และยังมีหน้าที่รับผิดชอบการพยาบาลในชุมชนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพด้านการให้การพยาบาลในชุมชนทั้งในระดับท้องถิ่น ตำบล เทศบาล อำเภอ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล/อำเภอ เครือข่าย พชอ. กระทรวงมหาดไทย โรงเรียนในกระทรวงศึกษาธิการ สถานประกอบการภาคเอกชนในพื้นที่ กลุ่มจิตอาสาในชุมชน เพื่อให้การพยาบาลในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย อนามัยแม่และเด็ก สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและบริการเยี่ยมบ้าน จากข้อมูลดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลชุมชนต้องพัฒนาศักยภาพของตนเองทั้งในด้านการศึกษาความรู้ การศึกษาวิจัย การพัฒนาโปรแกรม พัฒนาแนวทางการบำบัดรักษา หรือ

นวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลในชุมชนที่ยั่งยืนซับซ้อน ภายใต้การบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่าเพื่อพัฒนามาตรฐานทางการพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยที่สูงขึ้น

จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชากรในพื้นที่ จัดอยู่ในหนึ่งใน 3 ลำดับแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง และพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นที่มาของการจัดตั้งคลินิกโรคเบาหวาน ดำเนินการครั้งแรกในปี พ.ศ.2555 โดยกำหนดให้บริการเดือนละ 1 ครั้งในวันพุธที่ 2 ของเดือน จากการดำเนินงานคลินิกเบาหวานฯ อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 76 ราย ในด้านการให้บริการพบว่ายังไม่สามารถดูแลรักษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ทั้งภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia มารับบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.สต.หนองพะลาน เป็นประจำเดือนละ 2-3 ราย จากการศึกษาเวชระเบียนติดตามการรักษาในคลินิกเบาหวานในรอบปี พ.ศ.2565 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 28.94 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และยังคงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 67.10 และพบภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา เท้า มากที่สุดถึงร้อยละ 24.99, 19.73 และ 11.84 ตามลำดับ ในด้านความรู้และทัศนคติต่อการรักษาโรคพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความตระหนักที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและหวังพึ่งแพทย์ในการรักษาเพียงอย่างเดียว



จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลานฯ จึงริเริ่มการจัดทำแนวทางการดูแลและพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และการติดตามการรักษา ภายหลังการดำเนินการพบว่ายังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเมื่อทบทวนแนวทางการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพและชุมชนแล้วพบว่า การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานให้ความรู้โดยบุคลากรเป็นหลัก ยังขาดการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการให้บริการเชิงรุกในชุมชน แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1981)¹⁴ มีแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมแก้ปัญหาในของชุมชนของตนเอง เช่น การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ได้รับ และการประเมินผลการดำเนินงานโดยเครือข่ายในชุมชน อสม. อบต. และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อค้นหารูปแบบในการดูแลสุขภาพ จะได้ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานดีขึ้น รวมถึงเกิดความตระหนักที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองให้อยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดโรคแทรกซ้อน และใช้ชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานได้อย่างมีความปกติสุขตามศักยภาพ

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชนซึ่งปฏิบัติงานด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค การรักษาฟื้นฟูสุขภาพแก่บุคคลในชุมชนทุกกลุ่มวัย และเป็นผู้ให้บริการกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองพะลานตำบลหนองระเวียง จึงสนใจทำการศึกษาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลานตำบลหนองระเวียง จังหวัดนครราชสีมา แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพยั่งยืนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and development : R&D) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดย Cohen and Uphoff (1981)¹⁴ ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 ปี ระหว่าง กุมภาพันธ์ 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 27 คน คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 จากนั้นนำไปเปิดตารางสำเร็จรูปที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน¹⁵ และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 27 คน โดยมีเกณฑ์ Inclusion Criteria คือ 1) อายุตั้งแต่ 35-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน 3) รักษาและรับยาจาก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบล หนองระเวียง จังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย 1 ปี 4) ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดก่อนอาหารเช้ามีค่ามากกว่า 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 5) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัยได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวานวิทยา” แบบถูก-ผิด (True-false test) จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากโครงการค่ายเบาหวานชนิดที่ 2 ประจำปี 2559-2560 ศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลศิริราช ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน โภชนากร 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.79 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO ที่แปลและพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ จำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามมีเนื้อหาเกี่ยวกับองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย มีข้อคำถามในทางบวก 23 ข้อ

และข้อคำถามในทางลบ 3 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง (Validity) เท่ากับ 0.65 การแปลผล

คะแนน 96 – 130 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนน 26 – 60 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวานวิทยา” 40 ข้อ 8 ขนาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผล

ระดับคะแนน 4.51 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด หรือดีมาก

ระดับคะแนน 3.51 – 4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก หรือดี

ระดับคะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง หรือพอใช้

ระดับคะแนน 1.50 – 2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย หรือปรับปรุง

ระดับคะแนน 0.00 – 1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด หรือไม่ดี

4. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก “สมุดคู่มือเบาหวาน” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวางแผนการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านและนำมาปรับปรุงคุณภาพตามคำแนะนำก่อนการนำไปใช้จริง

วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้



ระยะที่ 1 : ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ และข้อมูลการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 2 : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 : ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยการนำเอาแนวคิดการมีส่วนร่วมเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้ผลลัพธ์เป็นการนำกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวานวิทยา” 40. ยา 8 ขนาน เข้ามาเป็นกิจกรรมหนึ่งในระบบการดูแลผู้ป่วย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ดูแลและ อสม. บัดดี เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และทำกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง เว้นระยะห่าง 3 สัปดาห์/ ครั้ง รายละเอียดกิจกรรมประกอบด้วย

ครั้งที่1 แบ่งกิจกรรมเป็น

การบรรยาย (3 ชั่วโมง) เรื่อง ความรู้เรื่องโรคเบาหวานประเภทต่างๆ การดำเนินการของโรคภาวะดื้ออินซูลินที่นำไปสู่โรคเบาหวาน ธรรมชาติของระดับน้ำตาลในร่างกาย ความแตกต่างของระดับน้ำตาลสะสม ความสำคัญของน้ำตาลหลังอาหารและพิษของน้ำตาล การรักษาเบาหวานด้วยยา และเบาหวานหายโดยไม่ใช้ยา

กิจกรรมกลุ่ม

กลุ่มที่1 ฝึกปฏิบัติการวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX), การวัดความดันโลหิต ,การวัดรอบเอว รอบสะโพก

กลุ่มที่2 ฝึกปฏิบัติการประเมิน BMI, BMR, Fat Muscle

กลุ่มที่3 การบริหารยาในผู้ป่วยเบาหวาน

การบ้านหลังอบรม

ในงานที่ 1.1 ผู้ป่วยและอสม. บัดดี ให้จับคู่มือการวัดระดับน้ำตาล วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง บันทึกข้อมูลลงในสมุดคู่มือเบาหวาน แล้วนำข้อมูลมาส่งในครั้งการนัดเข้าอบรมในครั้งถัดไป

ในงานที่ 1.2 ให้ผู้ป่วยทบทวนการรับประทานยาของตนเองร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัว และมอบหมายอสม. บัดดี ติดตามประเมินผล/กำกับในการรับประทานยา สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง บันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในสมุดคู่มือเบาหวาน แล้วนำข้อมูลมาส่งในครั้งการนัดเข้าอบรมในครั้งถัดไป

ครั้งที่2 แบ่งกิจกรรมเป็น

การบรรยาย (3 ชั่วโมง) เรื่อง ความรู้เรื่องอาหารและสารอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน สารอาหารหลัก สารอาหารรอง สารอาหารที่มีผลกระทบต่อระดับน้ำตาลและอินซูลิน อาหารธรรมชาติ และอาหารสำเร็จรูป อาหารพร้อมแบ่งหรือโลว์คาร์บ ระดับโลว์คาร์บที่เหมาะสมในแต่ละคน การนับคาร์บ ตัวช่วยที่ดีในการกินโลว์คาร์บ การนับคาร์บในอาหารสำเร็จรูป การงดอาหารเป็นช่วงเวลาหรือ IF

กิจกรรมกลุ่ม

กลุ่มที่1 อาหารแลกเปลี่ยน และการเลือกอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มที่2 ฝึกปฏิบัติการนับคาร์บและการคำนวณคาร์ปจากฉลากโภชนาการ

กลุ่มที่3 ฝึกปฏิบัติการจัดเมนูอาหารที่เหมาะสมใน 1 วัน

การบ้านหลังอบรม

ในงานที่ 2.1 ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว วางแผนการจัดเมนูอาหาร 3 มื้อ/1 วัน (ทำทุกวัน) ให้เหมาะสมกับจำนวนคาร์ปของตนเองที่คำนวณได้ โดยมีอสม. บัดดี ติดตามให้คำแนะนำและประเมินผลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง บันทึกข้อมูลเมนูอาหารลงในสมุดคู่มือเบาหวาน พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่

เกิดขึ้น และประเด็นที่อยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ แล้วนำข้อมูลนำเสนอในครั้งการนัดเข้าอบรมในครั้งถัดไป

ในงานที่ 2.2 มอบหมายให้ผู้ป่วย และอสม.ที่ดี อ่านสลาโกโภชนาการเพื่อคำนวณคาร์ป ผลิตภัณฑ์ที่มีขายในชุมชนและตนเองรับประทานเป็นประจำอย่างน้อย 5 ชนิด บันทึกข้อมูลลงในสมุดคู่มือเบาหวาน พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และประเด็นที่อยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ แล้วนำข้อมูลนำเสนอในครั้งการนัดเข้าอบรมในครั้งถัดไป

ครั้งที่3 แบ่งกิจกรรมเป็น

การบรรยาย (3 ชั่วโมง) เรื่อง การออกกำลังกาย และอารมณ์มีผลต่อระดับน้ำตาลและโรคเบาหวาน อย่างไร ฮอร์โมนในร่างกายที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอย่างไรบ้าง อาการและอาการแสดง รวมถึงการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่มีผลมาจากอารมณ์ วิธีการผ่อนคลายอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม การออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมัน และการดิ่งไขมันไปใช้ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับแต่ละคน

กิจกรรมกลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ฝึกปฏิบัติ การคำนวณ Body composition

กลุ่มที่2 ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน และยางยืด การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ(Body weight training)

กลุ่มที่3 สมาชิกโรคเบาหวานและการผ่อนคลาย

การบ้านหลังอบรม

ในงานที่ 3.1 ผู้ป่วยและอสม.ที่ดี วางแผนการจัดตารางออกกำลังกายของตนเอง 3 ครั้ง/สัปดาห์ บันทึกข้อมูลลงในสมุดคู่มือเบาหวาน พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และประเด็นที่อยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ แล้วนำข้อมูลนำเสนอในครั้งการนัดเข้าอบรมในครั้งถัดไป

ในงานที่ 3.2 ผู้ป่วยและอสม.ที่ดี ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการเต้นบาสโลปในชุมชน ที่นำ

โดยชมรม อสม.ในหมู่บ้าน ทุกวันจันทร์และพฤหัสบดี เวลา 17.30-18.30 น. บันทึกข้อมูลลงในสมุดคู่มือเบาหวาน พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และประเด็นที่อยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ แล้วนำข้อมูลนำเสนอในครั้งการนัดเข้าอบรมในครั้งถัดไป

ครั้งที่4 แบ่งกิจกรรมเป็น

การบรรยาย (3 ชั่วโมง) เรื่อง องค์ประกอบของชีวิตและเซลล์ ธาตุทั้ง 4 กับร่างกายของมนุษย์ เป้าหมายในชีวิต ความสำคัญของการเอาพิษออก หลักการจัดการกับพิษ การจัดการโรคเบาหวานด้วยหลัก 4อ. ยา 8 ขนานการเอาพิษออกด้วยการดื่มน้ำ การนวดมือและเท้า การแช่มือแช่เท้า การพอกสมุนไพร และกัวซา

กิจกรรมกลุ่ม

กลุ่มที่1 ฝึกปฏิบัติ กัวซา

กลุ่มที่2 การเอาพิษออกด้วยการนวด และแช่มือแช่เท้า

กลุ่มที่3 การเอาพิษออกด้วยการพอกสมุนไพร

การบ้านหลังอบรม

ในงานที่ 4 มอบหมายให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล เลือกวิธีที่สนใจและเหมาะสมกับตนเองไปปฏิบัติ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง โดยมี อสม.ที่ดี เป็นผู้ติดตามกำกับดูแล บันทึกข้อมูลลงในสมุดคู่มือเบาหวาน พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และประเด็นที่อยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ แล้วนำข้อมูลนำเสนอในครั้งการนัดติดตามผลครั้งถัดไป

ซึ่งภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบ้านตามใบงานในสมุดคู่มือเบาหวาน เพื่อนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับกลับไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยมีผู้ดูแลผู้ป่วยประจำครอบครัว และ อสม.ที่ดี เป็นผู้กำกับติดตามดูแล และให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล



ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินผล
ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยแบ่งเป็น

ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ
ของผู้ป่วย และผลการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย,
HbA1c, BMI จาก Program HOSXP PCU และสมุด
คู่มือเบาหวาน รวมทั้งแบบสอบถามด้านความรู้ คุณภาพ
ชีวิตและความพึงพอใจ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสอบถามความ
คิดเห็น ความพึงพอใจและข้อเสนอแนะที่มีต่อกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และความ
พึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive Statistics) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และคุณภาพชีวิต
ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติ Paired t-
test

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสอบถาม
ด้านความคิดเห็น ทศนคติ คุณภาพชีวิตและความพึง
พอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยนำข้อมูลมา
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ความรู้และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้า
ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรค
ไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการ
มีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวาน
วิทยา” 40 ยา 8 ขนาน

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ (n=27)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
ความรู้เรื่องเบาหวาน	49.56	1.12	53.22	3.09	5.36	0.031**
คุณภาพชีวิต						
ด้านสุขภาพกาย	20.67	1.75	23.50	2.74	3.50	0.024**
ด้านจิตใจ	19.33	2.73	22.17	1.47	3.25	0.031**
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.5	1.05	11.00	0.89	2.95	0.041**
ด้านสิ่งแวดล้อม	22.50	2.43	25.50	2.43	6.70	0.002*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	75.40	3.97	92.20	1.92	10.01	0.002*

* p-value <0.01, ** p-value <0.05

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ กลุ่ม
ตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและคุณภาพ
ชีวิตโดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมี
นัยสำคัญ p-value = 0.031, 0.002 ตามลำดับ ในส่วน
ของคุณภาพชีวิตรายด้านเพิ่มสูงขึ้นทุกด้าน ได้แก่ ด้าน
สุขภาพกาย $\bar{X}$ = 23.50, S.D. = 2.74 ด้านจิตใจ $\bar{X}$ =
22.17, S.D. = 1.47 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม $\bar{X}$ = 11,

S.D. = 0.89 และด้านสิ่งแวดล้อม $\bar{X}$ = 25.50, S.D. =
2.43

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการเข้าร่วม
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรค
ไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการ
มีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวาน
วิทยา” 40 ยา 8 ขนาน

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมฯ

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
ดัชนี มวลกาย Body Mass Index	26.01	4.44	25.26	4.42	4.56	0.000*
ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C	9.34	2.37	8.37	2.04	4.52	0.000*

* p-value <0.01

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ค่าดัชนีมวลกาย Body Mass Index หลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.26 S.D 4.42 ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ลดลงจากเดิม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.37 S.D 2.04 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

3. ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวานวิทยา” 40 ยา 8 ขนาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจภาพรวมต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวานวิทยา” 40 ยา 8 ขนาน ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.81, S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายด้านความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ด้านรูปแบบการจัดกิจกรรม ($\bar{X}$ = 4.52, S.D. = 0.51) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร ($\bar{X}$ = 4.74, S.D. = 0.45) และด้านการนำไปใช้ ($\bar{X}$ = 4.56, S.D. = 0.51) ส่วนในด้านเนื้อหาการจัดกิจกรรม และด้านการติดตามประเมินผล กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.41, S.D. = 0.50, $\bar{X}$ = 4.44, S.D. = 0.51) ตามลำดับ

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสอบถามด้านความคิดเห็น ทศนคติ คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมฯ จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่า

ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ค่าน้ำตาลสะสม HbA1C มีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ มีคะแนนความรู้โรคเบาหวานมากขึ้นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การคำนวณคาร์บในมื้ออาหาร และจัดเมนูอาหารด้วยตนเอง การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทั้งการเวทเทรนนิ่ง (Weight Training) และการเดินบาสโลป รวมถึงการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความพึงพอใจในด้านการมีผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจ และ อสม. บัณฑิต ที่เป็นพี่ปรึกษาและติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ และช่วยแก้ปัญหาได้รวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจในภาพรวมต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวานวิทยา” 40 ยา 8 ขนานระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.81, S.D. = 0.40) จะเห็นได้ว่าการบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนนั้นส่งผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิกในด้านการควบคุมความรุนแรงของโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรม : เป็นกิจกรรมที่ดี เห็นผลระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองลดลงแล้วรู้สึกสบายใจ สามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ง่ายต่อการปฏิบัติ รู้สึก

สุขภาพร่างกายดีขึ้น เบาเนื้อเบาตัว ไม่เหนียวง่าย รู้สึกตัวเองผอมลง กลับไปใส่เสื้อผ้าชุดเดิมได้ คนในหมู่บ้านทักว่า ผอมลง ดูแข็งแรงขึ้น สุขภาพดีขึ้น และอยากให้มามีกิจกรรมแบบนี้อย่างต่อเนื่องในหมู่บ้านของเรา รวมทั้งอยากให้ผู้ป่วยทุกคนอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วย เร็วจะได้ภายใต้การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดอาการกำเริบหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีกำลังใจที่ดีในการรักษา

ความคิดเห็นของ อสม. บัดดี และผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรม : เป็นกิจกรรมที่ดีมาก ได้รับความรู้และสามารถนำความรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพให้แก่พี่น้อง คนในครอบครัวและคนในชุมชน และยังรู้สึกว่าสุขภาพตนเองดีขึ้นไปด้วย สามารถตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมั่นใจ รวมทั้งอยากให้มามีกิจกรรมแบบนี้ต่อเนื่องในชุมชนและหมู่บ้านของเรา

ความคิดเห็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรม : จากการวิเคราะห์สถานการณ์และประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ ทำให้ทาง อปท. เข้าใจแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้น ได้มีการอนุมัติงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรม จากการประเมินผลด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มดีขึ้น ทำให้ทาง อปท. ได้เล็งเห็นความสำคัญด้านงบประมาณที่นำมาซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ มีกิจกรรมเป็นรูปธรรมเห็นผลชัดเจน ประชาชนมีการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพและพร้อมสำหรับสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาให้ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวาน” 40 ยา 8 ขนาน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ดูแลในครอบครัวและ อสม. บัดดี เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และทำกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง เว้นระยะห่าง 3 สัปดาห์/ครั้ง เนื้อหาประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ครั้งที่ 2 ความรู้เรื่องอาหารและสารอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งที่ 3 การออกกำลังกายและอารมณ์ และครั้งที่ 4 องค์ประกอบของชีวิตและเซลล์ธาตุทั้ง 4 กับร่างกายของมนุษย์ ซึ่งภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบ้านตามใบงานในสมุดคู่มือเบาหวาน เพื่อนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับกลับไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยมีผู้ดูแลผู้ป่วยประจำครอบครัว และ อสม. บัดดี เป็นผู้กำกับติดตาม ให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในส่วนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้นทุกด้าน ผลลัพธ์ทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ค่าดัชนี มวลกาย Body Mass Index หลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $25.26 \text{ S.D} = 4.42$ ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ลดลงจากเดิม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $8.37 \text{ S.D.} = 2.04$ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และมีความพึงพอใจภาพรวมต่อการพัฒนาฯ ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.81, \text{S.D.} = 0.40$) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การอบรมและการฝึกทักษะ ส่งผลให้ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ⁵ จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกิจกรรม “โรงเรียนเบาหวานวิทยา” 40 ยา 8 ขนาน เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะด้านการดูแลตนเองเพื่อควบคุม

ความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนและอันตรายจากโรคเบาหวานได้ดี โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านผู้ดูแล และส่วนรวมของชุมชนด้านการมี อสม. บัณฑิต ที่มีความรู้ความสามารถ ช่วยติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญา วาญญู และคณะ (2561)⁴ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย 4 แนวทางคือ การจัดบริการดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง การพัฒนารูปแบบหรือระบบบริการต้องร่วมมือกันระหว่างทีมภาคีเครือข่าย และต้องสอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยและภายใต้ความเป็นไปได้ของศักยภาพของหน่วยบริการ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิต พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมหลังการเข้าร่วมกิจกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.5$) ด้านการรับประทานอาหาร ยา และออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้นจนมีความมั่นใจในการจัดการดูแลตนเอง รูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ นอกจากมีการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพเป็นแกนนำในการสอนชี้แนะผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้านและประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้การดูแลและร่วมกัน แก้ไขปัญหาต่างๆ ตามที่พบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ เทชนาและคณะ (2558)² ที่ว่าการมีพี่เลี้ยงอยู่ในพื้นที่ เช่น เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ที่เข้มแข็ง และมีงบประมาณเพียงพอที่จัดกิจกรรมเสริมเป็นระยะๆ จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง และควรอยู่ในชุมชนโดยอาศัยแกนนำ

ในแต่ละชุมชนได้พบปะหารือ หาวิธีการที่จะสร้างกระแสการรักษาสุขภาพให้ต่อเนื่องจนเป็นภาพลักษณ์ของชุมชน และในโอกาสต่อไปกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้จะขยายไปทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ เพื่อให้แนวโน้มการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นๆ ลดลง

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ค่าดัชนีมวลกาย Body Mass Index หลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.26 S.D=4.42 ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ลดลงจากเดิม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.37 S.D=2.04 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยได้อย่างปกติสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เสนีย์ (2557)¹¹ ที่พบว่าการจัดการตนเองเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ เพราะการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ นอกจากนี้ยังเข้าใจอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเอง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้ส่งผลให้เห็นถึงแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการแบบการเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมทุกกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน รับทราบปัญหาร่วมกัน ร่วมมือกันในการแก้ปัญหาจน



เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและร่วมรับผิดชอบ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น จึงถือเป็นแนวคิดที่ควรนำมาพัฒนาต่อเนื่อง มีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาวช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อสรุป

ผลลัพธ์ที่ได้และนำแนวคิดด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อดูแลชุมชนของตนเองไปขยายผลการพัฒนาในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กุสุมา กังหลี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 256-266.
2. เทพ หิมะทองคำ. (2552). ความรู้เบื้องต้นเรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. วิทยพัฒน์ : กรุงเทพมหานคร
3. นงลักษณ์ เทศนา และคณะ. (2558). รายงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.
4. ปุณณิศา วัจนละอนันท์. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(2), 147-154.
5. ชัญญา วงหาญ และคณะ. (2561). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลรัตนวาปี อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 1(1), 13-25.
6. พิมพ์ดา อนันต์ศิริเกษม และฐิติชญา ฉลาดล้ำ. (2560). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษา ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. Veridian E-Journal, Silpakorn University, 10(3), 921-937.
7. เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์ สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และประทีป ปัญญา. (2555). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดบูรณาวาส. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(3), 100-111.
8. ยงยุทธ์ สุขพิทักษ์. (2557). เทคนิคการเสริมพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 23(4), 649-658.
9. สิริกร ขุนศรี และสายศิริ ด่านวัฒนะ. (2554). การจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง: บทบาทที่ทำทนายของกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต./เทศบาล. กรุงเทพมหานคร : กองทุนบริหารจัดการโรคเรื้อรัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
10. สมพร กิจสุวรรณรัตน์ และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดลำปาง ปี 2561. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขภาคใต้, 7(11), 199-213.
11. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557. กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์.
12. อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 129-134.
13. American Diabetes Association [ADA]. (2013). Standards of medical care in diabetes 2013. Retrieved from <http://care.diabetesjournals.org>
14. Burns, N., & Grove, S. K. (2009). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. (6th ed.). Missouri: Elsevier.
15. Cohen John M. & Uphof, Norman T. (1980). Participation's Place in Rural Development. Seeking Clarity Through Specificity. World Development. Vol 213.

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

Promoting model of health literacy for health behavior change in diabetic patients Ban Hai Health Promoting Hospital Phanna Nikhom, District Sakon, Nakhon Province

(Received: August 30,2023 ; Revised: September 6,2023 ; Accepted: September 8,2023)

สุภาพ จอังกัลยา¹
Supap Jungkanlaya ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 331 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง จำนวน 7 ด้าน ดังนี้ 1) ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) ผลของการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ 4) ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพ 5) ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6) ผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ 7) ผลของการการรับประทานอาหาร และพบว่าผู้ป่วยมีผลของความเครียด และผลของการสูบบุหรี่และสุราหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, ผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

This research was action research with the objective of studying health literacy and changing health behaviors in diabetic patients. and a model for promoting health literacy to change health behavior in diabetic patients. Sample size were 331 diabetic patients. Data analysis comparison of the mean of health literacy on health behavior change among diabetic patients. Before and after using the guideline, using Paired sample t-test statistics, the level of statistical significance was set at 0.05.

Results: The average of the sample after the experiment was higher than before the experiment in 7 aspects as follows: 1) the effect of access to health information and services; 2) the effect of understanding adequate information and health services; 3) the effect of 4) the effect of health decision-making; 5) the effect of self-health behavior modification; 6) the effect of sharing health information; 7) the effect of food intake and found that the patient has the effect of stress. and effects of smoking and alcohol. The mean after the experiment was lower than before the experiment. Statistically significant at 0.05

Keyword : Health literacy, Behavior Change, Diabetes Patients

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย
พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็น

เบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน
อินเดีย ญี่ปุ่น และจากผลการสำรวจสุขภาพ
ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัย

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร



ระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน โรคนี้ได้คุกคามเข้าไปในกลุ่มของเด็กๆมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานจากภาวะอ้วน อันเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย จนทำให้การหลังและการทำงานของอินซูลินมีปัญหา นอกจากนี้ในประเทศกำลังพัฒนาโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่พบมากขึ้น เนื่องจากลักษณะของการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบตะวันตก ทำให้ได้รับอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น¹

สถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 63,242 คน อัตราป่วย 5383.14 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2564 จำนวน 64,625 คน อัตราป่วย 5,634.58 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2565 จำนวน 68,763 คน อัตราป่วย 5,998.77 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2566 จำนวน 7,7748 คน อัตราป่วย 6,789.11 ต่อประชากรแสนคน อำเภอพรรณานิคม ปีพ.ศ. 2563 จำนวน 4,986 คน อัตราป่วย 6,175.76 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2564 จำนวน 5,010 คน อัตราป่วย 6,228.71 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2565 จำนวน 5,277 คน อัตราป่วย 250.62 ต่อประชากรแสน ตำบลไร่ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 548 คน อัตราป่วย 5,674.64 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2564 จำนวน 566 คน อัตราป่วย 5,845.90 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2565 จำนวน 602 คน อัตราป่วย 6,219.65 ต่อประชากรแสน พื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 286 คน อัตราป่วย 5,760.32 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2564 จำนวน 302 คน อัตราป่วย 6,083.80 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2565 จำนวน 331 คน อัตราป่วย 6,666.67 ต่อประชากรแสนคน²

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันใช้หวัด

ใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) โดยมีความสามารถทำ นายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรคและมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง³ อาจจะเป็นจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร่วมกับชุมชน โรงพยาบาลประจำศีลปาคม จังหวัดอุดรธานีซึ่งผลการศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันโรค และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นโรคหลอดเลือดโคโรนารี และหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ แผลเท้าเน่าดำต้องตัดขาโรคไตและตาบอดทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

2. เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไช้ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร การออกแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 331

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไช้ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร โดยการบรรยาย วิทยุทัศน์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามกิจกรรมประกอบด้วย

- 1.1 การสร้างแนวคิดเพื่อป้องกันภาวะป่วย
- 1.2 ค่านิยมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ
- 1.3 ปัจจัยเสริมต่อการเกิดโรคของบุคคล
- 1.4 ปัจจัยเสริมด้านความสะดวกในการเดินทาง
- 1.5 ปัจจัยเสริมทางสุขภาพ
- 1.6 การสร้างแนวคิดและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วย เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

2.3 ความพึงพอใจในรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

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

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการพรรณนาคุณลักษณะทั่วไป โดยตัวแปรประเภทแจกแจง (Categorical data) นำเสนอเป็นจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) ในกรณีที่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แต่หากมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Abnormal distribution) จะนำเสนอในรูปของค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum and Maximum)

2. สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ผลการวิจัย

1. ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไช้ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร การสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.69 (S.D.=0.626) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.90 (S.D.=0.434) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.43 (S.D.=0.578) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.72 (S.D.=0.494) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.29 (S.D.=0.594) อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.77 (S.D.=0.546) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การตัดสินใจด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.47 (S.D.=0.692) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.88 (S.D.=0.692) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.27 (S.D.=0.555) อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.45 (S.D.=0.572) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.45 (S.D.=0.782) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.59 (S.D.=0.712) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.57 (S.D.=0.748) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.88 (S.D.=0.592) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การใช้อย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.62 (S.D.=0.726) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.52 (S.D.=0.772) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

การออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.28 (S.D.=0.886) อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.20 (S.D.=0.882) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

ความเครียด มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.71 (S.D.=0.652) อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.34 (S.D.=0.739) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ
การสูบบุหรี่และสุรา มีค่าเฉลี่ยก่อน = 3.58 (S.D.=0.698) อยู่ในระดับมาก และและมีค่าเฉลี่ยหลัง = 3.38 (S.D.=0.853) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

2. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไช้ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) การสร้างแนวคิดเพื่อป้องกันภาวะป่วย 2) ค่านิยมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 3) ปัจจัยเสริมต่อการเกิดโรคของบุคคล 4) ปัจจัยเสริมด้านความสะดวกในการเดินทาง 5) ปัจจัยเสริมทางสุขภาพ

ร่วมกับกิจกรรมหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ วิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีความจำเป็นต้องทราบและรู้ถึงข้อมูลที่เป็นจรรยาบรรณนำมาออกแบบในการเสริมสร้างความรอบรู้ได้ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูล

และบริการสุขภาพ จำเป็นศึกษาสถานการณ์ไปพบแพทย์บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ สามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและคนในครอบครัวได้ความมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพ สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการ และการตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำเป็นศึกษา ทราบถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้และเข้าใจคำอธิบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรคอาการหรือการดูแลสุขภาพ การเก็บข้อมูลความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสารหรือแผ่นพับโปสเตอร์ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้ ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านให้หมอพยาบาล หรือคนอื่น รับรู้และเข้าใจสุขภาพ มีช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หายสงสัย ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพจำเป็นต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง จนได้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือการตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำเป็นต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยว่าสามารถควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปีมองโลกในแง่บวก ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกาย จินตนาการทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ จำเป็นต้องทราบข้อมูลพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่นการชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และกล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ลดรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นต้น

3. ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มทดลอง ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.434 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 คะแนน (S.D. = 0.626 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.134– 0.296), ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.494 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 คะแนน (S.D. = 0.578 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.203– 0.369), ผลของการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.546 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 คะแนน (S.D. = 0.594 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.365– 0.539) ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.692 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 คะแนน (S.D. = 0.692 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.283– 0.492), ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.572 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 คะแนน (S.D. = 0.555 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.086– 0.257) และผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า

ก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.712 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 คะแนน (S.D. = 0.782 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.097– 0.181) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ชื่อตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	95%CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ							
หลังทดลอง	331	3.90	0.434	5.22	0.215	0.134– 0.296	<0.001**
ก่อนทดลอง	331	3.69	0.626				
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ							
หลังทดลอง	331	3.72	0.494	6.80	0.286	0.203– 0.369	<0.001**
ก่อนทดลอง	331	3.43	0.578				
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ							
หลังทดลอง	331	3.74	0.546	10.220	0.452	0.365– 0.539	<0.001**
ก่อนทดลอง	331	3.29	0.594				
การตัดสินใจด้านสุขภาพ							
หลังทดลอง	331	3.86	0.692	7.292	0.388	0.283– 0.492	<0.001**
ก่อนทดลอง	331	3.47	0.692				
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง							
หลังทดลอง	331	3.45	0.572	3.971	0.172	0.086– 0.257	<0.001**
ก่อนทดลอง	331	3.27	0.555				
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ							
หลังทดลอง	331	3.59	0.712	6.524	0.139	0.097– 0.181	<0.001**
ก่อนทดลอง	331	3.45	0.782				

4. ผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผลของการการรับประทานอาหาร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.592 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 คะแนน (S.D. = 0.748 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.201– 0.412), ผลของการใช้ยาอย่างเหมาะสม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 คะแนน (S.D.

เท่ากับ 0.772 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 คะแนน (S.D. = 0.726 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.062, 95%CI = -0.005– 0.221), ผลของการออกกำลังกาย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.882 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 คะแนน (S.D. = 0.866 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.255, 95%CI = -0.054– 0.205), ผลของความเครียด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อน

การทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.739 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 คะแนน (S.D. = 0.652 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.261– 0.483), และผลของการสูบบุหรี่และสุรา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง

หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.853 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 คะแนน (S.D. = 0.698 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.002, 95%CI = 0.069– 0.319) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ชื่อตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	95%CI	p-value
การรับประทานอาหาร							
หลังทดลอง	331	3.88	0.592	5.703	0.306	0.201– 0.412	<0.001**
ก่อนทดลอง	331	3.57	0.748				
การใช้ยาอย่างเหมาะสม							
หลังทดลอง	331	3.52	0.772	1.876	0.108	-0.005– 0.221	0.062
ก่อนทดลอง	331	3.62	0.726				
การออกกำลังกาย							
หลังทดลอง	331	3.20	0.882	1.141	0.075	-0.054– 0.205	0.255
ก่อนทดลอง	331	3.28	0.866				
ความเครียด							
หลังทดลอง	331	3.34	0.739	6.615	0.372	0.261– 0.483	<0.001**
ก่อนทดลอง	331	3.71	0.652				
การสูบบุหรี่และสุรา							
หลังทดลอง	331	3.39	0.853	3.050	0.194	0.069– 0.319	0.002*
ก่อนทดลอง	331	3.58	0.698				

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง สรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.434 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 คะแนน (S.D. = 0.626 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.134– 0.296) สอดคล้องกับสมจินต์ มากพา และวิวัฒน์ อุบคำ (2566)⁴ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบ

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและ คะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.494 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 คะแนน (S.D. = 0.578 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, 95%CI = 0.203– 0.369) แต่ไม่สอดคล้องกับ กับสมมติฐาน มากพา และวิวัฒน์ อุปคำ (2566)⁴ ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยา และสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ผลของการโต้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.546 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 คะแนน (S.D. = 0.594 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, 95%CI = 0.365– 0.539) สอดคล้องกับสมมติฐาน มากพา และวิวัฒน์ อุปคำ (2566)⁴ ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและ คะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.692 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 คะแนน (S.D. = 0.692 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, 95%CI = 0.283– 0.492) สอดคล้องกับสมมติฐาน มากพา และวิวัฒน์ อุปคำ (2566)⁴ ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและ คะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.572 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 คะแนน (S.D. = 0.555 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, 95%CI = 0.086– 0.257) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ญฐนนท์ พิระภาณุรักษ์ (2565)⁵ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

ผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.712 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 คะแนน (S.D. = 0.782 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, $95\%CI = 0.097 - 0.181$) สอดคล้องกับสมจินต์ มากพา และวิวัฒน์ อุปคำ (2566)⁴ ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและคะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลของการการรับประทานอาหาร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.592 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 คะแนน (S.D. = 0.748 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, $95\%CI = 0.201 - 0.412$) สอดคล้องกับการศึกษาสอดคล้องกับ อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ (2566)⁸ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน

บุหรื สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน ลดบุหรื ลดสุรา (3 ลด) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลของการใช้ยาอย่างเหมาะสม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.772 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 คะแนน (S.D. = 0.726 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.062$, $95\%CI = -0.005 - 0.221$) สอดคล้องกับ สมจินต์ มากพา และวิวัฒน์ อุปคำ (2566)⁴ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมการอบรม มีค่า 38.81 ± 6.48 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้แบบจำลอง V-shape และ Nutbeam แล้ววัดประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมก่อนและหลัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) โดยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงขึ้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับยาและดูแลสุขภาพ และการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ผลของการออกกำลังกาย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.882 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 คะแนน (S.D. = 0.866 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.255$, $95\%CI = -0.054 - 0.205$) สอดคล้องกับ รัตนา เกียรติเฝ้า (2558)⁶ ได้ศึกษาผลของการใช้

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุทัยธานี พบว่า หลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักและรอบเอว ก่อนและหลังใช้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับ วัชรพร เนตรคำยวง (2566)⁷ ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ผลของความเครียด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.739 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 คะแนน (S.D. = 0.652 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, 95%CI = 0.261– 0.483) สอดคล้องกับ วัชรพร เนตรคำยวง (2566)⁷ ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ (2566)⁸ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน ลดบุหรี่ ลดสุรา (3 ลด) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลของการสูบบุหรี่และสุรา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.853 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 คะแนน (S.D. = 0.698 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} = 0.002$, 95%CI = 0.069– 0.319) สอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ (2566)⁸ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ และนำแนวทางหรือรูปแบบที่ได้จากผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีเพื่อหาแนวทางที่ครอบคลุมชัดเจนในการเฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะหรือป้องกัน และท้ายสุดผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้เกิดคุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และควรเพิ่มการวัดความถี่ในการติดตามให้มากกว่าทุกการติดตามทุก 2 เดือนพุธของเดือน) เพื่อให้ผู้ป่วยและ

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสามารถทราบข้อมูลที่แท้จริงจนนำมาวางแผนให้เกิดรูปแบบแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปขยายต่อในพื้นที่อื่นๆ ได้ในลำดับต่อไป และควรมีการวัดผลก่อนและหลังดำเนินการวิจัยในครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยจากโรงพยาบาลโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทย มีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46>
- 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. กลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 4 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://snk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
- 3.Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J. et al. The association between age and health literacy among elderly persons. J Gerontol Series B-Psychol Scien Soc Scien. 2000;55(6):S368-74
- 4.สมจินต์ มากพา และวิวัฒน์ อุปคำ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/260934/178434>
5. ณัฐนนท์ พิระภาณุกัษ (2565) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/260585/176253>
- 6.รัตนา เกียรติเฝ้า. ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2558:24(3), 405-412.
- 7.วัชรพร เนตรคำยวง (2566) ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/260493/180276>
- 8.อติญาณ ศรีเกษตริณ, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, นงนภัทร รุ่งเนย 2566. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วารสารวิชาการสาธารณสุข ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13627/11096>



การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะราย (Individual care plan)

ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

The Development of Individual Care Plan for Pregnant Women with Urinary Amphetamine Test Results, Phakhao Hospital, Loei Provincial Public Health Office

(Received: August 30,2023 ; Revised: September 9,2023 ; Accepted: September 11,2023)

นัชชา ปานภูมิ¹

Natcha Panpoom¹

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart, (1990) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 6 คน และบุคลากรด้านสุขภาพและเครือข่าย จำนวน 32 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.6-0.8 ทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอสถิติเชิงพรรณนาด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired Sample t-test และสถิติ Repeated Measure ANOVA ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเสนอด้วยวิธีพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสารเสพติดชนิดอื่นๆ เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.0 เคยใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 100.0 และอยากใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนอย่างรุนแรงเกือบทุกวัน ร้อยละ 16.7 มีความกังวลหรือตกใจเตือนเรื่องการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ร้อยละ 33.3 เคยมีความพยายามหยุดใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) แต่ทำไม่สำเร็จ ร้อยละ 50.0 ระดับความเสี่ยงของการเคยรู้สึกเคยใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) คะแนนเฉลี่ย 15 คะแนน (S.D.= 11.83) แปลผลระดับความเสี่ยงภาพรวมปานกลาง ระดับการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะหลังการพัฒนาสูงขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (p-value < 0.001) มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ, การดูแลเฉพาะราย, หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

ABSTRACT

The development of a specialized care model for pregnant women with positive amphetamine urine tests at Pha Khao Hospital, Loei Provincial Public Health Office, is an action research aimed at developing a specialized care model for pregnant women with positive amphetamine urine tests at Pha Khao Hospital. The research was guided by Kemmis & McTaggart's (1990) ideas, employing a focused sample group of 6 individuals and a health personnel and network group of 32 individuals. Data was collected using questionnaires, interviews, group discussions, content validity was confirmed by 3 experts with an IOC (Index of Content Validity) value between 0.6-0.8, and the tested questionnaire had a reliability value of 0.88. Data was gathered, and the analysis was conducted using standardized software. Descriptive statistics, means, standard deviations, and Paired Sample t-test and Repeated Measure ANOVA were utilized for quantitative data, while content analysis was employed for qualitative data.

The results found that: Experience in using alcoholic beverages Tobacco products and other types of drugs: 50.0% used to smoke, used amphetamine stimulants (amphetamine) in the past 3 months, 100.0%, and wanted to use amphetamine stimulants. Severe pain almost every day. 16.7% had concerns or warnings

¹ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

about using amphetamine stimulants (amphetamine). 33.3% had tried to stop using amphetamine stimulants. (Amphetamine) but was unsuccessful, 50.0%. Risk level of having ever used amphetamine stimulants (Amphetamine), average score 15 points (S.D.= 11.83), interpreting the overall risk level as moderate. The level of individualized care in pregnant women with urinary amphetamine results was higher after the development than before the development of the care model at a statistical significance level of 0.001 (p-value < 0.001).

Keywords: Development of care model, specialized care, pregnant women, positive amphetamine urine tests.

บทนำ

แอมเฟตามีนและสารอนุพันธ์เป็นสารเสพติดที่สามารถก่อให้เกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจสังคม และทรัพยากรมนุษย์ระดับโลก แม้ว่าประเทศไทยจะมีมาตรการปราบปรามและป้องกันมาเป็นเวลานาน แต่ปัญหาเหล่านี้ยังคงมีอยู่และยากที่จะกำหนดให้หมดไป การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่พบได้มากขึ้นในปัจจุบัน และพบการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสารเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุด คือยาบ้าหรืออนุพันธ์ของแอมเฟตามีน รองลงมาคือบุหรี่และเฮโรอีน¹ การตั้งครรภ์ถือเป็นโอกาสสำหรับผู้หญิงคู่สมรส และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดื่มสุราและใช้สารเสพติด บุคลากรสุขภาพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดจะต้องเข้าใจ ความซับซ้อนของปัญหาสังคม จิตใจและสุขภาพกายของผู้หญิง เพื่อให้ความช่วยเหลือและแนะนำอย่างเหมาะสมตลอด ระยะเวลาการตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด²

กระทรวงสาธารณสุข ได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน ประกอบด้วย ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellent) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) การแก้ปัญหายาเสพติด³ กระทรวงสาธารณสุขได้สร้าง

มาตรฐานการให้บริการที่หลากหลายตามสภาพปัญหาให้มีระบบบริการคัดกรองกลุ่มผู้เสพติด ให้บริการช่วยเหลือบำบัดรักษาผู้ป่วยครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับอย่างมีคุณภาพสามารถเข้าถึงได้ จัดให้มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ให้การเพิ่มพูนความรู้ทักษะในการปฏิบัติงาน ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติดแก่บุคลากรทางด้านสุขภาพตลอดจนให้ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยมีแนวคิดในทิศทางเดียวกันกับนโยบาย Addiction Transform เพื่อนำไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ผลกระทบจากการเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ต่อทารกในระยะแรกเกิดในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในทารกส่วนใหญ่ ได้แก่ ทารกน้ำหนักตัวน้อย เกิดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตช้าในครรภ์และศีรษะเล็ก นอกจากนี้ทำให้เกิดอาการถอนยาในทารก (Drug withdrawal symptoms) โดยมีความสัมพันธ์ค่าครึ่งชีวิตของสารเสพติดที่ได้รับ ซึ่งค่าครึ่งชีวิตของสารเมตแอมเฟตามีนประมาณ 48 – 60 ชั่วโมง โดยอาการถอนยาจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกายทารก⁴ ได้แก่ 1) อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ร้องเสียงแหลม แขนขาสั่นหรือสั่นทั้งตัว ร้องกวน ไม่นอน บางรายอาจมีชักได้ รวมถึงอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ไข้ เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว 2) อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาเจียน กินนมน้อย ถ่ายบ่อย 3) อาการทางเดินหายใจ ได้แก่ หายใจเร็ว หรือหยุดหายใจ

จากการศึกษาผลกระทบต่อการรบกวนการนอนหลับที่ใช้น้ำส้มสายชูแอซิติกก่อนคลอด โดยศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในของทารกที่เกิดจากการคลอดแบบธรรมชาติในครรภ์และผลตรวจเลือดในปัสสาวะให้ผลบวก โดยเป็นทารกที่เกิดที่คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2554 – 1 กรกฎาคม 2557 พบภาวะเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 28.8 ในมารดาที่คลอดแบบธรรมชาติในครรภ์และทารกมีอาการนอนย่ำร้อยละ 31.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการนอนย่ำที่รุนแรง ได้แก่ เพศหญิง และระยะเวลาที่ปัสสาวะของทารกเป็นบวก⁵

จากปัญหาดังกล่าวรวมถึงหลักการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้น้ำส้มสายชูแอซิติกหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้น้ำส้มสายชู จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเพื่อการพัฒนาแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์เฉพาะรายที่มีผลเลือดในปัสสาวะ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดในปัสสาวะ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดในปัสสาวะ อย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นแนวทางในการดำเนินงาน สร้างสุขภาพแบบองค์รวมสามารถเป็นคู่มือในการให้พยาบาลดูแลกลุ่มวัยนี้ได้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ที่มุ่งศึกษาและทำความเข้าใจสถานการณ์การดูแลหญิงที่มีผลตรวจพบว่า มีสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะในขณะตั้งครรภ์ และเพื่อพัฒนาแบบ

การดูแลเฉพาะรายที่เหมาะสม รวมถึงการนำเสนอปัญหา อุปสรรคที่อาจเกิดกับหญิงตั้งครรภ์ การวิจัยครั้งนี้ได้เลือกพื้นที่การวิจัย คือ โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย เนื่องจากจังหวัดเลยเป็นพื้นที่ที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน จึงมีปัญหาสารเสพติดซึมเพราะผู้ค้ายาเสพติดมักใช้ช่องทางธรรมชาติในการขนส่งลำเลียงและกระจายยาเสพติดไปยังที่อื่นๆ จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย ถูกตรวจพบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ประกอบกับผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเห็นสภาพการณ์ในการดำเนินงาน จึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะราย อันจะนำไปสู่การได้แนวทางปฏิบัติการสำหรับใช้แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทแวดล้อมมาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งผู้ให้ข้อมูลเป็น 2 กลุ่มคือ ดังนี้

1. ผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่เวชระเบียน จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้ความรู้ทางการแพทย์ บอกเล่าถึงการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามสภาพความเป็นจริง ตลอดจนเล่าถึงวิธีการ หรือขั้นตอนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะได้ ผู้นำชุมชน ที่มีความรู้เกี่ยวกับภาพรวมของหมู่บ้านที่หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ ผู้ที่สามารถสื่อสารข้อมูลไปยังชาวบ้านคนอื่น ๆ ได้ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ซึ่งถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ และเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ซึ่งจะเป็นผู้ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนในการช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังรวมถึงสามีหรือครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ (อายุ 20 ปีขึ้นไป) จำนวน 6 คน ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลใกล้ชิดหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด และมีส่วนสำคัญในการดูแลหญิงขณะตั้งครรภ์ เช่น พาไปโรงพยาบาลตามนัดหมาย หรืออาจเป็นกลายเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ลด ละ เลิกสารเสพติดได้ในอนาคต เป็นต้น

2. หญิงตั้งครรภ์ (อายุ 20 ปีขึ้นไป) ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากประวัติการรักษาในโรงพยาบาลผาขาว ที่ตรวจพบสารแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์ที่มาเข้ารับบริการบริการจากโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เป็นครรภ์ที่ตรวจพบการใช้สารแอมเฟตามีน มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลผาขาว ในช่วงระหว่างเดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม ปี พ.ศ.2566 จำนวน 6 คน ถือเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็น ความพึงพอใจในการให้บริการ ข้อมูลเหล่านี้จะชี้ให้เห็นสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาประยุกต์ หรือเชื่อมโยงเข้ากับองค์ความรู้ตามหลักการแพทย์ให้ยืดหยุ่น และเหมาะสมกับบริบท โดยผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลใช้ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (หญิงตั้งครรภ์) ที่เข้าร่วมโครงการ (ข้อมูลทุติยภูมิจากประวัติการเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลผาขาว) 1) หญิงตั้งครรภ์ อายุ 20 ปี ขึ้นไป และมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลผาขาว 2) มีประวัติตรวจพบสารแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์ 3) ยินดีให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแก่ผู้วิจัยโดยความยินยอมจากคู่สมรสหรือบิดามารดา 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถอ่าน เขียน ตอบโต้ได้

เครื่องมือวิจัย

โดยผู้วิจัยใช้เทคนิควิธีการต่างๆ ในการได้มาซึ่งข้อมูล ประกอบด้วย

1. การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์ (interview guide)

2. การสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มและบันทึกข้อมูลของผู้ร่วมสนทนาที่แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะตลอดกิจกรรม

3. การสังเกตการณ์ (Observation) โดยสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และการมีส่วนร่วมในการถอดบทเรียน

4. แบบสอบถามการวิจัย ผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวปฏิบัติการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ของพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และ สุจิระ ปรีชาวิทย์ (2562)⁶ เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะราย (Individual care plan) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติทางสูติกรรม ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดและแบบวัดความวิตกกังวลกับการใช้สารเสพติดของพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และ สุจิระ ปรีชาวิทย์ (2562)⁶

การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลัง การได้รับรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ หรือใช้สถิติ Wilcoxon (Matched paired) Signed Rank Test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีการวัดซ้ำในกลุ่มเดียวในช่วงระหว่างการพัฒนาแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยในสัปดาห์ที่ 1, 2-3, 4 ประเมิน 3 ครั้งด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ได้เสนอผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย สาขากาตตะวันออกเฉียงเหนือ รหัสเลขที่ : 066/2566 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 หหมดอายุวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อายุ 20-25 ปี ร้อยละ 50.0 อายุ 26-30 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 25.17 ปี S.D. เท่ากับ 4.167 อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 30 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.3 สถานภาพหย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 16.7 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 50.0 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 การประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 83.3 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 66.7 ประวัติทางสูติกรรมตั้งครรภ์ในขณะนี้ ร้อยละ 83.3 และเป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 33.3 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ร้อยละ 33.3 ไม่เคยมีประวัติการแท้งทั้งหมด ร้อยละ 100.0 และประวัติการใช้วิธีการคุมกำเนิด ร้อยละ 66.7 เลือกใช้วิธีการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 50 ด้านประสบการณ์ในการใช้สิ่งเสพติด พบว่า เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.0 เคยดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ ร้อยละ 66.7 เคยใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ในช่วง 3 เดือน

ที่ผ่านมา ร้อยละ 100.0 เคยมีความพยายามหยุดใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) หรือใช้น้อยลงภายใน 3 เดือนนี้ แต่ทำไม่สำเร็จ ร้อยละ 50.0 การใช้แอมเฟตามีนเป็นประจำทำให้เกิดภาวะต่าง ๆ ต่อร่างกาย มีภาวะนอนหลับยาก เบื่ออาหาร และน้ำหนักตัวลดลง ร่างกายแห้งขาดน้ำ ติดเชื้อง่าย ร้อยละ 100.0

ระดับความเสี่ยงของการเคยรู้สึเคยที่จะใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) มีคะแนนเฉลี่ย 15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.83 แปลผลระดับความเสี่ยงภาพรวมปานกลาง การดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ย 7.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.46 แปลผลระดับความเสี่ยงภาพรวมปานกลาง การสูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ย 6.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.95 แปลผลระดับความเสี่ยงภาพรวมปานกลาง และการเสพยาเสพติดมีคะแนนเฉลี่ย 2.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.71 แปลผลระดับความเสี่ยงภาพรวมต่ำ

ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยความรู้เรื่องมารดาที่เสพยาเสพติดขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.408 แปลผลในระดับมาก ปัจจัยความรู้เรื่องทารกที่เกิดจากมารดาเสพยาเสพติดพบภาวะน้ำหนักตัวน้อย มีค่าเฉลี่ย 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.548 แปลผลในระดับมาก และพบว่า ปัจจัยความรู้เรื่องทารกที่เกิดจากมารดาเสพยาเสพติดส่งผลให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด และปัจจัยเรื่องทารกที่เกิดจากมารดาเสพยาเสพติดจะพบอาการถอนยาหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน 2.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.033, 0.516 ตามลำดับ แปลผลในระดับปานกลาง

ปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยทัศนคติเรื่องคิดว่าจะเลิกเสพยาเสพติดเพราะกลัวส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3.83 ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.169 แปลผลในระดับมาก ปัจจัยทัศนคติเรื่องคิดว่าแม่ท่านจะเสพยาเสพติดท่านก็สามารถเลี้ยงดูบุตรคนนี้ได้ และปัจจัยเรื่องคิดว่าท่านพยายามเลิกเสพยาเสพติดแล้ว แต่ท่านเลิกไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.894, 1.095 ตามลำดับ แปลผลในระดับปานกลาง และพบปัจจัยทัศนคติเรื่องคิดว่าจะเสพยาเสพติดต่อไปแม้ทราบว่าส่งผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.753 แปลผลในระดับน้อย

ปัจจัยความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยเรื่องเชื่อว่าตัวท่านสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้เพราะอยากให้ทารกในครรภ์สุขภาพแข็งแรง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.548 แปลผลในระดับมากที่สุด ปัจจัยเรื่องเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถช่วยเหลือท่านให้เลิกเสพยาเสพติดได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.516 แปลผลในระดับมากที่สุด และปัจจัยเรื่องเชื่อว่าการเสพยาเสพติดไม่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 1.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.408 แปลผลในระดับน้อย

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะพบว่า ปัจจัยความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ การประเมินครั้งที่ 2-4 ในสัปดาห์ที่ 2-4 ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์เฉพาะรายที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ทุกปัจจัยมีทิศทางการเปลี่ยนแปลงในทางบวกเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความรู้เรื่อง

ทารกที่เกิดจากการเสพยาเสพติดส่งผลให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ความรู้เรื่องทารกที่เกิดจากการเสพยาเสพติดจะพบอาการถอนยาหลังคลอด ความรู้เรื่องทารกที่เกิดจากการเสพยาเสพติดพบภาวะน้ำหนักตัวน้อย และทัศนคติเรื่องคิดว่าการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์เป็นเรื่องปกติ และทัศนคติเรื่องคิดว่าจะเสพยาเสพติดต่อไปแม้ทราบว่าส่งผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์ลดลงอย่างชัดเจน และความเชื่อเรื่องเชื่อว่าการเสพยาเสพติดไม่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ก็ลดลงเช่นเดียวกัน

ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย การเปรียบเทียบระดับการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ สรุปว่า เมื่อเปรียบเทียบระดับการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโดยทดสอบสมมติฐานของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จากสถิติ Paired Sample t-test สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ค่า $t = 18.802$, ค่า $df = 5$ และ ค่า $p\text{-value} = 0.000$ ($p\text{-value} < 0.001$) สรุปได้ว่าการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะหลังการพัฒนารูปแบบ สูงขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนาเท่ากับ 3.33 ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาเท่ากับ 4.72 โดยมีความแตกต่างที่ 1.389 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ
โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ)

ระดับการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์	ค่าเฉลี่ย	การแปลผล	ค่าเฉลี่ยของความต่าง	df	t	p-value
ก่อนการพัฒนารูปแบบ (สัปดาห์ที่ 1)	3.33	ปานกลาง	1.389	5	18.802	0.000*
หลังการพัฒนารูปแบบ (สัปดาห์ที่ 4)	4.72	มากที่สุด				

การเปรียบเทียบระดับการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ก่อนการดูแล ขณะดำเนินการดูแล และหลัง

การดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F=36.240$, $df=1.885$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความต่างของการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ก่อน (สัปดาห์ที่ 1) ขณะดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 2-3) และหลังการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่ 4) ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) ($n=6$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ภายในกลุ่ม					
สัปดาห์	6.291	1.855	3.391	36.240	<.001
ความคลาดเคลื่อน	0.868	9.277	0.094		

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยก่อน (สัปดาห์ที่ 1) ขณะดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 2-3) และหลังการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่ 4) สรุปว่า การดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ก่อน (สัปดาห์ที่ 1) ขณะดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 2-3) และหลังการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่ 4) เป็นดังนี้ คือ

สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการพัฒนา) การดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.333

สัปดาห์ที่ 2 (ขณะดำเนินการ) การดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดเลย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.089 โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กับสัปดาห์ที่ 1 เท่ากับ 0.756 มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 3 (ขณะดำเนินการ) การดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.378 โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กับสัปดาห์ที่ 1 เท่ากับ 1.044 มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 4 (หลังดำเนินการพัฒนา) การดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.722 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.389 กับสัปดาห์ที่ 1 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ก่อน (สัปดาห์ที่ 1) ขณะดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 2-3) และหลังการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่ 4) โดยใช้ วิธี Bonferroni (n= 6)

การดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย	ค่าเฉลี่ย	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กับสัปดาห์ที่ 1	P (One-tailed)
ก่อนการพัฒนาฯ			
สัปดาห์ที่ 1	3.333		<0.001
ขณะดำเนินการ			
สัปดาห์ที่ 2	4.089	0.756	<0.05
สัปดาห์ที่ 3	4.378	1.044	<0.001
หลังการพัฒนาฯ			
สัปดาห์ที่ 4	4.722	1.389	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการวินิจฉัยมีประวัติตั้งครรภ์ที่มีแอมเฟตามีนในปัสสาวะ พบว่า อายุ 20-25 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 25.17 ปี S.D. เท่ากับ 4.167 อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 30 ปี สถานภาพ สมรส ร้อยละ 83.3 การศึกษาจบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 50.0 การประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.3 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน รายได้มากกว่า 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 66.7 ประวัติทางสูติกรรมตั้งครรภ์ในขณะนี้ ร้อยละ 83.3 และเป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 33.3 และไม่เคยมีประวัติการแท้งทั้งหมด ร้อยละ 100.0 และประวัติการใช้วิธีการคุมกำเนิด ร้อยละ 66.7 เลือกใช้วิธีการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 50 สอดคล้องกับการการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติด ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาและความถี่ของการใช้ยาเสพติด ระดับการศึกษา และอาชีพมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาและปริมาณการใช้ยาเสพติด สถานภาพของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยาเสพติด ความรู้เรื่องยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาและปริมาณการใช้ยาเสพติด การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์กับปริมาณ และความถี่ในการใช้

ยาเสพติด พฤติกรรมต่อต้านสังคมมีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยาเสพติด ที่ตั้งของบ้านมีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยาเสพติด และสัมพันธ์สภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปริมาณ และความถี่ในการใช้ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁷

การพัฒนากระบวนการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย โดยนำแนวคิดของหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart, (1990)⁸ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนการพัฒนารูปแบบการนิเทศงาน (Plan) 2) การลงมือปฏิบัติตามรูปแบบการนิเทศงาน (Action) 3) การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม (Observation) ของพยาบาลผู้นิเทศและพยาบาลผู้รับการนิเทศ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) ผลการพัฒนากระบวนการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ การค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการ

ดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาค้ำและการกลับมาเสพยา ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าควรนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดไปปรับใช้และศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดทุกชนิดเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องลดผลกระทบต่อมารดาและทารกแรกเกิด ลดการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำ และได้รับการบำบัดรักษาตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข⁹ หลังมีการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะในโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย พบว่า ปัจจัยความรู้ ทักษะความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ การประเมินครั้งที่ 2-4 ในสัปดาห์ที่ 2-4 ภายหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์เฉพาะรายที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ทุกปัจจัยมีทิศทางการเปลี่ยนแปลงในทางบวกเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความรู้เรื่องทารกที่เกิดจากการดาเสพยาเสพติดส่งผลให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ความรู้เรื่องทารกที่เกิดจากการดาเสพยาเสพติดจะพบอาการนอนยาหลังคลอด ความรู้เรื่องทารกที่เกิดจากการดาเสพยาเสพติดพบภาวะน้ำหนักตัวน้อย และทัศนคติเรื่องคิดว่าการเสพยาเสพติดขณะตั้งครรภ์เป็นเรื่องปกติ และทัศนคติเรื่องคิดว่าจะเสพยาเสพติดต่อไปแม้ทราบว่าส่งผลต่อตนเองและทารกในครรภ์ลงอย่างชัดเจนและความเชื่อเรื่องเชื่อว่าการเสพยาเสพติดไม่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ก็ลดลงเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม รายได้ครอบครัว ลำดับของการตั้งครรภ์ และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อน

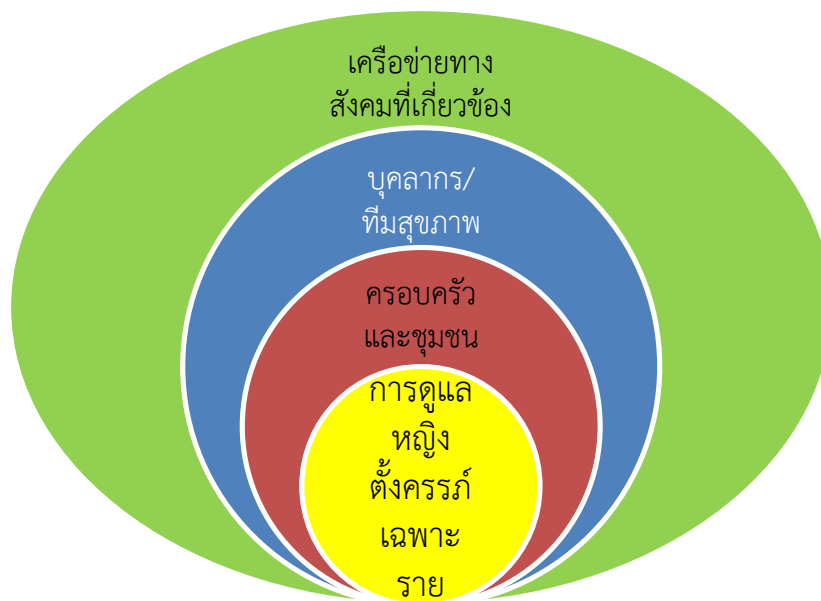
ตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ได้ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ โดยบุคลากรทางสุขภาพควรมีการรณรงค์ให้สตรีมีการรับรู้ถึงโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ที่ถูกต้องและจัดกิจกรรมส่งเสริมให้สตรีมีการปรับพฤติกรรมเพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมก่อนตั้งครรภ์¹¹

ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จะเห็นได้ว่าการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะหลังการพัฒนาารูปแบบ สูงขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด สอดคล้องการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาค้ำและการกลับมาเสพยา ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบกลุ่มกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมาเสพยาภายใน 28 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมกลับมาเสพยาใน 28 วัน จำนวน 1 ราย กลุ่มทดลองมีการกลับมาเสพยาภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด 1 ครั้ง ขณะที่กลุ่มควบคุมกลับมาเสพยาภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด 7 ครั้ง⁹ นอกจากนี้การดูแลหญิงตั้งครรภ์เฉพาะรายอย่างต่อเนื่องไปจนถึงครอบครัวและชุมชนจะเป็นประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการการใช้สารเสพติดหรือกลับมาเสพยา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการการใช้สารเสพติดในนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส พบตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการการใช้สารเสพติด ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว อัตมโนทัศน์ สัมพันธภาพกับเพื่อน¹²

ข้อมูลปัญหา อุปสรรคในการพัฒนารูปแบบ และวางแผนในการแก้ไขปัญหาการดูแลเฉพาะรายใน หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เนื่องจากสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ทำให้เกิด อุปสรรคในด้านการแนะนำ การชี้แจง การอธิบาย ข้อมูล รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการปรับตาม สถานการณ์โดยจัดทำแบบประเมินออนไลน์ร่วมด้วย และความสามารถที่แตกต่างกันของบุคลากร ในการ การดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์เฉพาะรายที่มีผล

แอมเฟตามีนในปัสสาวะอีกทั้ง ผู้ที่ประเมินคู่มือมีงาน พิเศษที่นอกเหนือจากงานปัจจุบันที่ต้องปฏิบัติอยู่ แล้ว เช่น การประชุมการจัดการสถานการณ์ระบาดโค วิด-19 ฉีดวัคซีนให้กับประชาชนเพื่อป้องกันความ รุนแรงของโควิด-19 แต่ก็ได้มีการปรับเพื่อดำเนินการ วิจัยตามตารางแผนงานได้สำเร็จ

ดังนั้นรูปแบบการการดูแล (เฉพาะราย) ใน หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะใน โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เป็นการร่วมมือจากทุกภาคส่วน คือ



รูปภาพที่ 1 รูปแบบการการดูแล (เฉพาะราย) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลแอมเฟตามีนในปัสสาวะใน โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (รอบสมบูรณ์)

โดยที่ หญิงตั้งครรภ์ ควรได้รับความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การพักผ่อนที่เพียงพออย่างถูกต้องในการ ป้องกันตนเองเองให้ห่างไกลจากสารแอมเฟตามีน สามารถได้รับคำปรึกษาแบบเป็นความลับ มีอิสระใน การตัดสินใจร่วมกับการดูแลสุขภาพการตั้งครรภ์

ครอบครัวและชุมชน ต้องให้การยอมรับให้ โอกาส ลดอคติต่อหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ ส่งเสริมให้ ความร่วมมือกับทีมสุขภาพ

บุคลากรด้านสาธารณสุขโรงพยาบาลผาขาว ควรมีมีแนวทางการดูแล (CPG) ที่เป็นไปในทิศทาง เดียวกันทั้งอำเภอ ลดขั้นตอนการบริการที่อาจเปิดเผย

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เพราะถือเป็นกลุ่มเปราะบางพิเศษ รักษาจรรยาบรรณในการรักษาความลับคนไข้ มีการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อลดปัญหา การขาดแคลนให้ทีมวิชาชีพสามารถทำหน้าที่ร่วมกัน แนวทางเดียวกันทดแทนกันได้

เครือข่ายทางสังคม การสร้างความเข้าใจและ ลดอคติต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้เพราะเป็นกลุ่ม เปราะบาง การจัดทุนสนับสนุน และทุนทางสังคมใน การโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะ



1. การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย มีข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัยดังนี้ 1) ควรแยกการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะออกจากหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป เพราะไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูล 2) ควรเป็นรูปแบบการดูแลเฉพาะเป็นรายบุคคล ตามบริบทของหญิงตั้งครรภ์แต่ละบุคคล และมีข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกด้าน 3) ควรส่งเสริม

ทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์ที่คิดว่าการเสพสารเสพติดขณะตั้งครรภ์เป็นเรื่องปกติ

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาให้มากขึ้นในกรณีที่จะใช้ในการอ้างอิงกลุ่มประชากรแต่เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ไม่กล้าฝากครรภ์เพราะกลัวคนอื่นรู้

3. ควรกำหนดมาตรการทางสังคมในชุมชน เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พุทธศักราช 2522 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oncb.go.th/Home/DocLib3/>
2. พิมพ์รัตน์ ไทยธรรมยานนท์. (2546). สารเสพติดและการให้นมแม่. ใน สาทร จิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ความรู้...สู่ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร;. หน้า 305-11.
3. เจษฎา โชคดำรง. (2561). สารจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข การประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 19 “เปลี่ยนผ่าน การบำบัดสู่การจัดการปัญหาเสพติดอย่างสร้างสรรค์” 4 – 6 กรกฎาคม 2561 ห้องประชุมแกรนด์ไดมอนด์บอลรูม อิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี.
4. นทสรวง ขาวปรางค์. (2565). ผลกระทบต่อทารกจากการดื่มนมที่ใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างการตั้งครรภ์และปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการถอนยาในทารก. เชียงรายเวชสาร.14(2) :118-130
5. จุฑารัตน์ ชัยวีรพันธ์เดช และสิวลักษณ์ กาญจนบัตร. (2559). ผลกระทบต่อทารกจากการดื่มนมที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนก่อนคลอด. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 60(1). 53 – 63.
6. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ สุจีระ ปรีชาวิทย์. (2562). แนวปฏิบัติการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1: สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบบบำบัดรักษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;
7. วารสารณ ประทีปธีรานันต์. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติด ในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาล. 68(1). 49 – 56.
8. Kemmis, S; &Mc Taggart, R. (1990). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University press.
9. พรทิพย์ หอมเพชร, พิศมัย กองทรัพย์ และน้องนุช แสนบรรดิษฐ์. (2566). การศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพติด ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร. 26(1). 12 – 24.
10. สีนินาท วราโภค, เอมพร รตินธร และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาในสตรีตั้งครรภ์. วารสารสภากาพยาบาล;. 35(1). 86-96.
11. ศิริภา แก้วพวง, วรณี เดียววิเศษ และวรรณนา ศุภสิมานนท์. (2561). อิทธิพลของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 26(2). 57-65.
12. สรวิชัย เหล่าตรุณ จินห์จุฑา ชัยเสนา และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเสพติดในนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36(4). 146 – 155.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กของผู้ดูแล

Factors Related to Health Care Behaviors among Caregivers of Children with Asthma

(Received: September 2, 2023 ; Revised: September 9, 2023 ; Accepted: September 11, 2023)

สมศักดิ์อินทมาต¹ ดาวประกาย หย้างาม² วริศรา รักษาภักดี² สุจิตรา พงศ์วงประเสริฐ²

Somsak Intamat¹ Daoprakai Yangam¹ Warisara Raksaphakdee² Sujittra Pongwongprasert²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กที่มีอายุ 1-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดมาอย่างน้อย 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 138 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.98 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 39.85 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 65.22 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.44 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.23 มีรายได้ไม่น้อยกว่าเดือนละ 4,000 บาท ร้อยละ 28.98 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.38 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: โรคหืด พฤติกรรมการดูแล ผู้ดูแล

ABSTRACT

This cross-sectional survey study aimed to study the behaviors and factors related to health care behaviors among caregivers of children with asthma. A simple random sampling was conducted to obtain 138 caregiver of children patients with asthma, aged from 1-15 years, registered in the chronic disease clinic in the Thatphanom crown prince hospital. Data was collected by the questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Pearson Product Moment Correlation Coefficient. The results found that 78.98% of participants were female, 39.85% were between the ages of 51-60 years, 65.22% of participants were married, 51.44% had received primary school education, 36.23% were farmers, 28.98% had an average monthly income less than 4000- bath. 96.38% of the participants had a high level of caring behaviors for children asthma patients. Factors related to health care behaviors among caregivers of children with asthma include the perceived risk for asthma complication, the perceived severe for asthma complication and perceived self-efficacy promotion related to health care behaviors among caregivers of children with asthma with statistical significance ($p < 0.05$).

Keywords: Asthma, Health Care Behaviors, Caregivers

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

² โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม Corresponding author: Email: suwanwisit@yahoo.com



บทนำ

โรคหืดเป็นความผิดปกติที่มีการอักเสบของทางเดินหายใจที่ทำให้ทางเดินหายใจตีบแคบและเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจ อุบัติการณ์ของโรคหืดในเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2562 พบผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 262 ล้านคน และเสียชีวิต 455,000 คน¹ ส่วนประเทศไทยปี 2563 พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหืดถึง 6,808 ราย โดยคิดเป็น 3.93 รายต่อแสนประชากร หรือ 0.94% ของคนที่เสียชีวิตทั้งหมด จัดเป็นอันดับที่ 96 ของโลก ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยจากโรค พบว่า โรคหืดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในคนไทยเป็นอันดับที่ 28 โดยอันดับ 1 คือโรคหลอดเลือดหัวใจ² จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2561-2562 ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดย พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วย 130,458 ราย และเพิ่มเป็น 135,090 ราย ในปี พ.ศ. 2562 ส่วนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 144 ราย อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืดอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 7 ราย 8 ครั้ง รวมค่าใช้จ่าย 78,404 บาท³

โรคหืดเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กอย่างมาก เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ไอบากในเวลากลางคืน ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย เป็นสาเหตุให้เด็กขาดโรงเรียนไม่สามารถทำกิจกรรมเหมือนเด็กทั่วไปส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดไม่เฉพาะในเด็กที่ป่วยเท่านั้น ครอบครัวก็ได้รับผลกระทบตามไปด้วย เฉพาะผู้ดูแลในครอบครัว มักเกิดความเครียด วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็กและอาการหอบช่วงเวลากลางคืนยังส่งผลให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมทั้งของครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาลบางรายต้องสูญเสียรายได้

จากการขาดงานเพื่อพาบุตรมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล⁴

การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืดนั้น มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ทั้งปัจจัยด้านผู้ดูแลด้านเด็กและด้านคุณภาพการดูแล สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลพบว่าความรู้ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการจัดการดูแลเด็กโรคหืด มีความสัมพันธ์กับการจัดการการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ปัจจัยด้านเด็กได้แก่ ความรุนแรงของโรค ผู้ดูแลต้องให้การดูแลมากในเด็กที่มีความรุนแรงของโรคในระดับสูง โดยที่ความรุนแรงของโรคส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว 9.6 เปอร์เซ็นต์ส่วนปัจจัยด้านคุณภาพการดูแล มีการศึกษาพบว่าการใช้ยาอย่างถูกต้อง การทราบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบและการปรับการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมทำให้สามารถควบคุมโรคหืดได้เพิ่มขึ้น 14.32 เท่า การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดถือเป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัว รวมทั้งผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะช่วยให้ลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเด็ก ลดอัตราการนอนการนอนในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดถือเป็นศักยภาพที่จำเป็นของผู้ดูแลหลักรวมถึงครอบครัว เพราะจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความสมดุล ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการที่กำเริบขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้ปกติ⁵

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กเพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนปรับปรุงส่วนที่เป็นอุปสรรคหรือข้อบกพร่องของพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กของผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหืดเด็กที่เข้ารับการรักษาศูนย์โรคหืดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อายุ 20-59 ปี จำนวน 144 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กที่มีอายุ 1-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดมาอย่างน้อย 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาศูนย์โรคหืดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power ใช้ Test family เลือก Statistical test เป็น Correlation: Bivariate normal model เลือก Type of power analysis เป็น A prio: Compute required sample size – given α , power and effect size ใส่ค่าตามกำหนด ได้แก่ effect size เป็น 0.3 (medium) $\alpha = 0.05$ power = 0.95 และกำหนดค่า p สำหรับสมมติฐานหลัก เท่ากับ 0 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่าง 138 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (inclusion criteria)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักเข้ารับการรักษาศูนย์โรคหืดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมและมีคุณสมบัติต่อไปนี้

1. มีอายุ 20-59 ปี
2. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืด
3. มีการรับรู้สมบูรณ์ และสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน

ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 5 การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติน้อย ไม่เคยปฏิบัติ แปลผลเป็นสามระดับคือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กต่ำ ช่วงคะแนน 1.00-2.33 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กสูง ช่วงคะแนน 3.67-5.00⁶

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยมีค่ามากกว่า 0.67 ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ กับ



กลุ่มที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน และนำไปตรวจสอบความเข้าใจในด้านการใช้ภาษาและความสะดวกในการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์หาเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วย KR 20 ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ คอห์นบาร์ช (Cronbach' Alpha Coefficient) ในส่วนที่ 3 4 5 และ 6 ได้ค่าเท่ากับ 0.91 0.94 0.91 0.90 และ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเอง โดยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา แต่กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง หลังจากได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม แล้วผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ประสานงานกับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ผู้วิจัยชี้แจง/อธิบายและขอความยินยอมกับกลุ่มตัวอย่าง
3. ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ช่วยวิจัยเก็บแบบสอบถามเอง
4. นำเสนอแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำมาวิเคราะห์ และจัดทำเล่มวิจัยสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ REC 069/65

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.98 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 39.85 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 65.22 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.44 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.23 มีรายได้ไม่น้อยกว่าเดือนละ 4,000 บาท ร้อยละ 28.98

2. ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมต่ำ ร้อยละ 0.72 ระดับปานกลาง ร้อยละ 2.90 ระดับสูง ร้อยละ 96.38 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก (n=138)

ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก	ค่าเฉลี่ย + S.D.	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	2.33±0.00	1	0.72
ระดับปานกลาง	3.47±0.10	4	2.90
ระดับสูง	4.56±0.43	133	96.38

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหืดเด็กได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการ
เกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้

ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด
การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด
เด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหืดเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก (n=138)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด	0.061	0.478
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบ หืด	0.342	0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด	0.404	0.001*
การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก	0.314	0.001*

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก
พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 96.38 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์
ชาวसान และคณะ⁷ และการศึกษาของ พัชร วัฒนชัย
และคณะ⁸ ศึกษาพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็ก
โรคหืดพบว่าพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรค
หืดโดยรวมอยู่ในระดับสูง

แสดงให้เห็นว่าหากครอบครัวมีพฤติกรรมจัดการ
ดูแลเด็กป่วยโรคหืดที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เด็กป่วยโรค
หืดสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่
รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของเด็กโรคหืดสำคัญที่สุดใน
ครอบครัว การดูแลเด็กในปกครองจะต้องให้
ความสำคัญ ไม่มีอุปสรรคในการดูแล ครอบครัวยัง
สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และการจัดการกับ
ความเจ็บป่วยของเด็กโรคหืดไม่ได้ทำให้ชีวิต
ครอบครัวยากลำบากมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมี
ประสบการณ์ในการดูแลส่งผลให้มีพฤติกรรมในการ

ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กอยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ซึ่งเป็นวัย
ผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมานาน การ
ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแล
ผู้ป่วยเด็ก ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพระดับตำบลซึ่งเป็นปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรม
การดูแลเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภาวรรณ
หนูคง และคณะ⁹ พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์จะ
สามารถประเมินและจัดการอาการหอบได้ดี และ
การศึกษาของ ของ พัชร วัฒนชัย และคณะ⁸ พบว่า
ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาสามารถควบคุมอาการของ
โรคหืดได้ดี (ร้อยละ 74.1) พฤติกรรมตอบสนอง
ของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลบุตรที่มีการ
เจ็บป่วยเรื้อรัง เป้าหมายเพื่อทำให้ครอบครัวมีการ
จัดการต่อสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกใน
ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี
ซึ่งพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวในการดูแลเด็ก
ป่วยโรคหืดเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรม

ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กป่วย โดยการจัดการดูแลต้องครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ด้านการดูแลตามลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและด้านจิตสังคมด้วยเช่นกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหอบหืดของผู้ดูแลทำให้เกิดความกังวลต่อผลที่เกิดตามมา เช่นด้านการเดินทางไปโรงพยาบาล การนอนโรงพยาบาลซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเสียเวลาในการทำงานหรือจะต้องไปอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งไม่มีความสะดวกเหมือนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามมา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหอบหืดของผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย การที่บุคคลจะปฏิบัติตามแผนการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้นั้น บุคคลผู้นั้นจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กโรคหืดเป็นปัจจัย ด้านลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งหากเด็กโรคหืดมีความรุนแรงของโรคน้อยผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการจัดการ ครอบครัวโดยรวมได้ดีกว่าในเด็กโรคหืดที่มีความรุนแรงมาก เนื่องจากเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรงมากจะมีการดูแลที่ซับซ้อนและยุ่งยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริกรานต์ สุทธิสมพร และคณะ¹⁰ พบว่า ความ

รุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .268, p < .05$) และ ทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ ร้อยละ 7.20 ($R^2 = .072$) การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก การรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนเป็นวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น Bandura¹¹ กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถทำกิจกรรมใดได้สูงก็จะมุ่งมั่นปฏิบัติเพื่อบรรลุตามความคาดหวังได้สูงเช่นกัน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้สมรรถนะของตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด¹² ช่วยให้เด็กโรคหืดควบคุมโรคได้และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษา¹³

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กอย่างต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยโรคหืดเด็ก
2. นำปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กมาจัดทำโปรแกรมสุขภาพเพื่อนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กรายใหม่ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กที่มีระดับความรุนแรงของโรคหืดที่ต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาความรุนแรงของโรคหืดและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหรือมีอาการหอบครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396(10258):1204-1222.
2. World Health Rankings. Thailand: Asthma [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 31]; Available from: <https://www.worldlifeexpectancy.com/thailand-asthma>.
3. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ปีงบประมาณ 2565. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำเนา). 2566.
4. สุนันท์ ขาวประพันธ์, ปรีกษ์มล รัชกุล, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด. *วารสารสมาการพยาบาล* 2555;27(2):108-121.
5. วงษ์เดือน จุแดง และศศิธร จตุโกคา. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0-5 ปี ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5* 2563;39(3): 488-499.
6. Best JW. *Research in Education*. 4th ed. New Jersey: Prentice- Hall Inc.; 1981
7. อรอนงค์ ขาวสำน อุษณีย์ จินตะเวช และสุธิดา ล่ำมช้าง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด. *พยาบาลสาร* 2563; 47(3):27-39.
8. พัชรวิ วัฒนชัย พัชรภรณ์ อารีย์ และสุธิดา ล่ำมช้าง. ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว. *พยาบาลสาร* 2559; 43(2): 1-12.
9. อภาวรรณ หนูคง สุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล และศิริวรรณ จุฑะพงษ์. การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2555; 30(1): 49-60.
10. สิริกรานต์ สุทธิสมพร สุธิดา ล่ำมช้าง และอุษณีย์ จินตะเวช. ปัจจัยทำนวยการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด. *พยาบาลสาร* 2563; 47(4): 27-38.
11. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Physiological Review* 1997; 84(2):191-215.
12. Pontan K, Ratchanakun P. The effects of a self-efficacy program on the health care behaviors of teachers of school-age children with asthma. *Journal of Nursing and Health Care* 2019;37(2):160-9.
13. Wood MR, Price JH, Dake JA, Telljohann SK, Khuder SA. African American parents'/guardians' health literacy and self-efficacy and their child's level of asthma control. *Journal of Pediatric Nursing* 2010; 25(5):418-27.



การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์ ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Perioperative Nursing for Laparoscopic Low Anterior Resection

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

ศุภพร สุวรรณดี¹

Suleeporn Suwandee¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 71 ปี มาด้วยอาการถ่ายอุจจาระกะปริดกะปรอย มีมูกเลือดปน ส่งตรวจ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่ามีก้อนในช่องท้องส่วนล่างข้างซ้าย ได้รับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อนำชิ้นเนื้อไปส่งตรวจ Colonoscopy with biopsy วินิจฉัยแรกรับ CA middle rectum แพทย์มีแผนการรักษาโดยวิธีผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Low Anterior Resection) ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนตรงโดยวิธีผ่านกล้อง (Laparoscopic Low Anterior Resection) สำเร็จอย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หลังผ่าตัดฟื้นตัวได้เร็ว ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์

ABSTRACT

Case Study : 71-year-old Thai female patient presented with symptoms of bowel habit change and bloody stool. Computed tomography revealed a mass in the lower left abdominal cavity. Further examination, including colonoscopy with biopsy, confirmed the diagnosis of middle rectal cancer. The medical team planned to perform laparoscopic low anterior resection, a surgical procedure using video – assisted technology. The patient received comprehensive nursing care throughout the preoperative, intraoperative, and postoperative phases. The surgery was successfully completed without complication, and the patient had a rapid recovery. The nursing team provided guidance on postoperative self – care, including an 8 – day hospital stay.

Keywords : Colorectal cancer, laparoscopic colorectal surgery, video – assisted colorectal surgery

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองของโลก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็ง (colorectal carcinoma) ที่พบมากที่สุดเป็นอันดับสาม และเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งอันดับที่ 4 ของโลก⁸ และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทย สาเหตุของการมีอุบัติการณ์และอัตราการตายที่สูงขึ้นดังกล่าว น่าจะมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์มากขึ้น^{4,9} การ

ผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักของมะเร็งในกลุ่มนี้ ซึ่งการผ่าตัดมีความยุ่งยากและซับซ้อน และเป็นการผ่าตัดที่นำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ เพราะการผ่าตัดแบบผ่านกล้องวิดิทัศน์จำเป็นต้องใช้พยาบาลที่มีความรู้ทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแล้ว หน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นในการผ่าตัดให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน เพื่อให้การผ่าตัด มีประสิทธิภาพ

¹ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็ง
แห่งชาติ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในปี พ.ศ.2563
มีจำนวน

14,865 ราย และในปี พ.ศ.2564 พบ 16,545 ราย⁸
จะเห็นได้ว่ามีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น ปัจจุบันการ
รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มี
วิวัฒนาการความก้าวหน้ามากขึ้น และมีหลายวิธี
ด้วยกัน ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การ
จะเลือกใช้การรักษาแบบใดขึ้นอยู่กับระยะและการ
กระจายของโรคและสภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธี
ใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาส
รอดชีวิตและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขนาน
กว่า 5 ปี

อาการและอาการแสดง

มีอาการถ่ายเป็นเลือดแดงสดเจือปน ไม่ปนอยู่
ในเนื้ออุจจาระ มีอาการปวดเบ่งปวดถ่าย หรือรู้สึก
เหมือนถ่ายไม่สุด^{2,3,4,7}

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564

ผลการตรวจ complete blood count
ผล white blood count 4,810 cell/mm³,
neutrophil 59%, lymphocyte 32.3%,
monocyte 6.04%, eosinophil 1.8%, basophil
0.2%, hematocrit 43.5%, platelet count
237,000 cell/mm³, PT 10.5 sec, PTT 24.9
sec, INR 0.88

Electrolyte ผล Na 133 mmol/L, K 3.61
mmol/L, Cl 106 mmol/L, Co₂ mmol/L

BUN 10 mg/dl, creatinine 0.68 mg/dl,
eGFR 88.3 ml/min/1.73m

ผลการตรวจเอกซเรย์

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564

เอกซเรย์ปอด ผล No cardiomegaly,
Faint calcified aortic knob, No pleural
effusion, No pulmonary congestion, No
pulmonary infiltration

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผล necrotic

node at Lt.mesorectal region, upper rectal
mass ขนาด

4.1x3.5x4.5 cm

ผลการส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (
colonoscopy with biopsy)

ผล พบก้อนที่ตำแหน่งลำไส้ตรงระยะ 10 ซม.
ม. ห่างจากทวารหนัก

ผลตรวจชิ้นเนื้อพบเป็นมะเร็ง Adeno
carcinoma of rectum

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี เชื้อชาติไทย
สัญชาติไทย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 7
ประกอบอาชีพรับจ้าง น้าหนัก 59 กิโลกรัม มี
บุตรชาย 1 คน บุตรสาว 1 คน เข้ารับการรักษาที่
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อวันที่ 15
พฤศจิกายน 2564 ตามแพทย์นัด

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการ
ถ่ายอุจจาระกะปริดกะปรอย มีเลือดปน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวด
ท้องหน่วงๆบริเวณท้องน้อยด้านซ้าย ถ่ายอุจจาระ
กะปริดกะปรอย ถ่ายไม่สุด อุจจาระลำเล็กลงและ
มีเลือดปน ตรวจพบก้อนที่บริเวณท้องส่วนล่าง
ด้านซ้าย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว
ไม่เคยผ่าตัด

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยหญิงไทย ผิวดำแดง รูปร่างท้วม
น้ำหนัก 59 กิโลกรัม ไม่มีจ้ำเลือดหรือผื่นคันตาม
ร่างกาย ศีรษะและใบหน้าสมส่วน ไม่มีบิดเบี้ยว
รู้สึกตัวดี ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง สปีกดี สัญญาณ
ชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง
ต่อนาที การหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต
100/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วางแผนทำผ่าตัด
การวินิจฉัย

CA middle rectum

การผ่าตัด

เป็นการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้อง
วิดิทัศน์ (Laparoscopic low anterior
resection) วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564

การพยาบาล^{1,7}

ผู้ป่วยหญิงรายนี้เข้ารับการรักษาที่
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในวันที่ 15
พฤศจิกายน 2564 เพื่อเตรียมความพร้อมในการ
ทำผ่าตัด ลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic low anterior
resection) ในวันที่ 17 พฤศจิกายน 2564 วาง
แผนการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด (ที่
หอผู้ป่วย) พยาบาลห้องผ่าตัดไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอ
ผู้ป่วย
ก่อนผ่าตัด 1 วัน (16 พฤศจิกายน 2564) พบว่า
ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย กลัวการ
ผ่าตัดเนื่องจากไม่เคยผ่าตัด สร้างสัมพันธภาพ โดย
พูดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วย อธิบายเรื่องโรคและความ
จำเป็นในการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ
แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การ
เตรียมความพร้อมในการผ่าตัด โดยจะมีการเตรียม
ลำไส้โดยได้รับยา ระบาย Swiff 45 ml.เวลา
14.00 น.และเวลา 18.00 น. ผู้ป่วย สีหน้าสดชื่น
คลายความวิตกกังวล

2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด แบ่งเป็น
3 ระยะ ดังนี้

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ในห้อง
ผ่าตัด) เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด รอ
ผ่าตัด

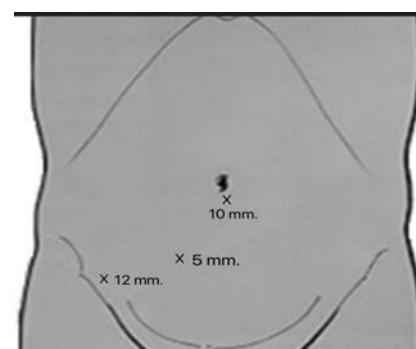
และนำผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด ได้พูด คุย ทักทาย
ผู้ป่วย ตรวจสอบชื่อ นามสกุลของผู้ป่วยกับแฟ้ม
ประวัติ ถูกต้องตรงกัน ดูแลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ และการเซ็นยินยอมผ่าตัดของ
ผู้ป่วยถูกต้องตามการวินิจฉัยและตรงตามรายการ
ผ่าตัดที่แพทย์ระบุไว้ แขนงป้ายระบุห้องผ่าตัดให้
เห็นชัดเจนก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด นำผู้ป่วย

เข้าห้องผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลนอนสู่
เตียงผ่าตัด ใช้ผ้ารัดบริเวณเหนือขาไว้
ขณะเดียวกันพยาบาล ส่งเครื่องมือและพยาบาล
ช่วยรอบนอก เปิดเครื่องมือที่ผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อลง
บนโต๊ะที่เปิดห่อผ้าที่ผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อ เพื่อเตรียม
ความพร้อมของเครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุ อุปกรณ์
ที่ต้องใช้ในการผ่าตัดให้ถูกต้องและครบถ้วน
เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะผ่าตัด (ในห้อง
ผ่าตัด) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก
จนกระทั่งผู้ป่วยสิ้นสุดการผ่าตัด เมื่อวิสัญญีดม
ยาสลบผู้ป่วยแล้ว พยาบาลช่วยผ่าตัดช่วยแพทย์
จัดทำผู้ป่วย

ขึ้นขาหยั่ง โดยระมัดระวังไม่ให้เกิดการกดทับบริเวณ
ที่มีเส้นประสาทบริเวณเข่าด้านนอกทั้ง 2 ข้างของ
ผู้ป่วย จากนั้นทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัด
ตั้งแต่ราวนมถึงหัวเหน่าและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
จนถึงก้น และเริ่มทำการผ่าตัดตามขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 การลงมิดบริเวณใต้สะดือเพื่อใส่
Balloon trocarขนาด 10 mm.เป็น Port ที่ 1
และต่อสายเพื่อใส่แก๊ส Co2 เข้าท้อง เพื่อทำให้
ภายในท้องมีช่องโพรงสำหรับทำผ่าตัดได้ จากนั้น
ใส่กล้องเข้าไปใน Port นี้ แพทย์จะสำรวจอวัยวะ
ภายในช่องท้อง ลงมิด Port ที่ 2 ใส่ Trocar 5
mm.บริเวณต่ำลงมาจาก Port ที่ 1 และเยื้องมา
ทางด้านขวา ลงมิด Port ที่ 3 เพื่อใส่ Trocar 12
mm.ห่างจาก Port ที่ 2 ออกมาทางด้านข้างลำตัว
ด้านขวา ดังรูป⁹



2.2.2 การเลาะเนื้อเยื่อและเส้นเลือดเพื่อตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ออก โดยแพทย์จะใช้อุปกรณ์ตัดและปิดหลอดเลือดตัดเลาะเนื้อเยื่อและเส้นเลือด ซึ่งจะต้องระมัดระวังการเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงตลอดจนความเสี่ยงในการสูญเสียเลือด พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ดังกล่าวเป็นอย่างดี รวมถึงผู้ถือกล้องให้แพทย์เห็นบริเวณผ่าตัดได้อย่างชัดเจน

2.2.3 การตัดลำไส้ใหญ่ที่เป็นมะเร็งออก โดยแพทย์จะใช้อุปกรณ์ตัดและเย็บลำไส้อัตโนมัติทางด้านส่วนท้ายของลำไส้ใหญ่ที่เป็นมะเร็ง จากนั้นเปิดขยายแผลที่ท้องตำแหน่งที่ลงมิดตำแหน่งที่ 1 เพื่อตัดปลายลำไส้ส่วนหัวของก้อนมะเร็ง และนำก้อนมะเร็งออก และนำส่วนประกอบของอุปกรณ์ตัดเย็บลำไส้อัตโนมัติแบบวงกลมส่วนที่เป็นปลายแหลมสอดเข้าไปในลำรูของลำไส้และเย็บติดกันไว้

2.2.4 การต่อลำไส้ โดยพยาบาลช่วยผ่าตัดจะใส่เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติแบบวงกลมเข้ามาทางรูทวารหนัก เพื่อมาประกบกับปลายอีกด้านหนึ่งที่แพทย์ใส่ส่วนประกอบของเครื่องมือไว้ และนำมาประกบกันเพื่อทำการตัดและเย็บลำไส้ที่ถูกตัดออกทั้ง 2 ด้านเข้าด้วยกัน

2.2.5 การทดสอบรูรั่วของลำไส้ที่ถูกตัดเย็บ โดยแพทย์จะใส่ 0.9% N.S.S ลงไปในช่องท้องให้ท่วมบริเวณรอยต่อของลำไส้ที่ถูกตัดเย็บ พยาบาลช่วยผ่าตัดใช้ ลูกสูบลยางบีบลมเข้าไปในรูทวารหนัก หากมีรูรั่วก็จะเห็นเป็นฟองอากาศ

2.2.6 การใส่สายระบายเลือดและสารคัดหลั่งในช่องท้อง เมื่อทดสอบไม่มีรูรั่วของการต่อลำไส้แล้ว แพทย์จะทำการใส่สายระบายเลือดและสารคัดหลั่งในช่องท้อง 1 เส้น เพื่อสังเกตการเลือดและสารคัดหลั่งในช่องท้อง จากนั้นตรวจนับผ้าซับเลือด เครื่องมืออุปกรณ์ ครบตามจำนวน แพทย์จึงเย็บปิดช่องท้อง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์สำเร็จ ใช้เวลาผ่าตัด

3 ชั่วโมง 30 นาที สูญเสียเลือดจำนวน 50 ซีซี ต่อสายระบายเลือดที่หน้าท้อง 1 เส้น

2.3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด) เริ่มตั้งแต่เสร็จสิ้นการผ่าตัดนำผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น 1 - 2 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่และนำผู้ป่วยส่งกลับหอผู้ป่วย ตรวจสอบความเรียบร้อยของท่อระบายเลือดและสารคัดหลั่งทำงานได้ดี สภาวะร่างกายไม่มีรอยฟกช้ำจากการผูกมัด ไม่มีรอยไหม้จากการใช้ไฟฟ้า แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม

2.4 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (ที่หอผู้ป่วย) พยาบาลห้องผ่าตัดไปเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนี้

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ มีอาการปวดแผลผ่าตัด ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 3 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด อาการทุเลา พักผ่อนได้ ท้องไม่อืด

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ยังมีอาการปวดแผลผ่าตัดพอทนได้ เริ่มจิบน้ำได้

หลังผ่าตัดวันที่ 3 อาการปวดแผลผ่าตัดทุเลาลง แพทย์ให้น้ำสายระบายเลือดออกได้ ได้รับอาหารเหลวใส ไม่มีอาการท้องอืด

หลังผ่าตัดวันที่ 7 ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัด รับประทานอาหารอ่อนได้ ผู้ป่วยได้รับการตัดไหม แผลแห้งดี ไม่ซึม

หลังผ่าตัดวันที่ 8 ประเมินการทำงานของลำไส้ มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาล 8 วัน แพทย์นัดติดตามอาการและแจ้งผลตรวจชิ้นเนื้ออีก 2 สัปดาห์ ผลการตรวจพยาธิสภาพ Moderately Differentiated adenocarcinoma invades through muscularis into pericolic T3N2Mo stage 3C ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ได้ร่วมกันวางแผนการรักษาต่อเนื่องและการรับการรักษาเคมีบำบัดต่อไป



การพยาบาลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกว่าไม่เคยผ่าตัดไม่รู้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัวการผ่าตัด และมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด ให้ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นคลายความวิตกกังวล สามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้
การพยาบาลระยะผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการสูญเสียเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1. การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่จัดเป็นอวัยวะที่มีเส้นเลือดสำคัญและเส้นเลือดใหญ่มาหล่อเลี้ยงจำนวนมาก 2. มีการตัดเลาะเนื้อเยื่อและเส้นเลือดบริเวณผ่าตัด 3. การผ่าตัดใช้เวลานานมากกว่า 3 ชั่วโมง เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญี เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงขณะผ่าตัด 2. สำรวจสภาพวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการห้ามเลือดให้พร้อมใช้ ได้แก่ เครื่องจีไฟฟ้า อุปกรณ์ตัดและซีลเส้นเลือด วัสดุผูกเย็บเส้นเลือด ตลอดจนเครื่องดูดของเหลว 3. ประเมินการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดร่วมกับวิสัญญี การประเมินผล ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 50 ซีซี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจรอยู่ระหว่าง 80-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/70 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ ข้อมูลสนับสนุน 1. การผ่าตัดต้องจัดทำขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) 2. การผ่าตัดใช้เวลานาน 3 ชั่วโมง 30 นาที 3. ผู้ป่วยอายุ 71 ปี ผิวหนังบาง ความตึงตัวของผิวหนังลดลง เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดทำผู้ป่วยในการทำผ่าตัดโดยคำนึงถึงอายุ น้ำหนักตัว สภาพของผิวหนัง ข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้ป่วยชนิดของการผ่าตัด และระยะเวลาในการผ่าตัด จัดเตรียมอุปกรณ์ในการจัดทำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 2. จัดทำผู้ป่วยนอนหงายราบ ยกขาสองข้างพร้อมกัน แยกขาขวางบนขาหยั่ง ก้นของผู้ป่วยอยู่บริเวณรอยต่อส่วนล่างของเตียง ใช้หมอนทรายห่อผ้านุ่มๆ รองใต้ก้น ให้ก้นเลยออกมาจากขอบหมอนทรายเล็กน้อย เพื่อสะดวกในการผ่าตัด ปรับขาหยั่งให้รองรับพอดีและเหมาะสมกับช่วงความยาวของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการดึงของกล้ามเนื้อบริเวณต้นขา แขนของผู้ป่วยวางแนบลำตัว ระวังการกดทับบริเวณเข่าด้านนอกและข้อพับ ซึ่งอาจเกิดการกดทับเส้นประสาท Common Peroneal Nerve และ Obturator Nerve ได้ และไม่ยกขาผู้ป่วยสูงเกิน 90 องศา 1,5,6 เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของข้อสะโพก ผู้กรัดขาผู้ป่วยไม่แน่นเกินไป 3. ขณะผ่าตัดทีมผ่าตัดระมัดระวังการกดทับบริเวณขาของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4.เมื่อผ่าตัดเสร็จพยาบาลยกขาจากขาห้อยพร้อมกันทั้งสองข้างอย่างช้าๆ เนื่องจากการนอนท่าขึ้นขาห้อยนานๆทำให้มีเลือดมาคั่งที่อุ้งเชิงกราน เมื่อยกขาในแนวราบจะทำให้เลือดไหลลงกลับสู่บริเวณขาอย่างรวดเร็ว ทำให้ความดันโลหิตต่ำลงได้ การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ CO_2 ในเลือดสูงและการเกิดมีลมรั่วตามชั้นใต้ผิวหนัง ข้อมูลสนับสนุน มีการใช้ CO_2 ใส่เข้าไปในช่องท้องเพื่อทำให้ภายในช่องท้องขยายกว้างขึ้น เพื่อให้การทำผ่าตัดผ่านกล้องได้สะดวก เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ CO_2 ในเลือดสูงและการเกิดมีลมรั่วตามชั้นใต้ผิวหนัง	กิจกรรมการพยาบาล 1.ระยะเริ่มต้นการจ่ายแก๊สดูแลควบคุมแรงดันของเครื่องจ่ายแก๊ส CO_2 ให้จ่ายแก๊สด้วยแรงดันต่ำปานกลางและสูง ตามลำดับ จนถึงระดับที่เหมาะสม (15 มิลลิเมตรปรอท) 2.ประสานงานกับวิสัญญีในการลดอัตราการเป่าแก๊ส CO_2 ของเครื่องควบคุมการจ่ายแก๊ส กรณีที่ผู้ป่วยมี end – tidal carbondioxide ที่เพิ่มมากขึ้นจนอาจทำให้เกิดภาวะ CO_2 คั่ง 3.ไล่แก๊ส CO_2 ออกจากช่องท้องให้หมดก่อนที่จะถอด Trocar ออกจากร่างกายผู้ป่วย 4.สำรวจผิวหนังผู้ป่วยบริเวณหน้าท้องและหน้าอก เพื่อดูลักษณะการบวมเกรบที่ผิวหนังเป็นระยะๆ การประเมินผล ระดับแรงดันของเครื่องจ่ายแก๊ส CO_2 อยู่ในระดับคงที่ (15 มิลลิเมตรปรอท) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ CO_2 คั่งที่ตามชั้นใต้ผิวหนัง ค่า end-tidal CO_2 35-45 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบผิวหนังบริเวณท้องและหน้าอกผิดปกติ
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่านกล้อง 1 วัน บ่นปวดแผลผ่าตัด Pain score 4-5 เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความเจ็บปวดโดยสังเกตจากอาการแสดง และคำบอกเล่าของผู้ป่วย ควรให้การระงับความเจ็บปวดตามแผนการรักษา 2.จัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย ศีรษะสูงเล็กน้อย อาจใช้หมอนหรือผ้าห่มรองบริเวณปุ่มกระดูกและข้อพับต่างๆ โดยระวังสายต่างๆที่ต่อจากตัวผู้ป่วยไม่ให้ดึงรั้งจนเกินไป 3.แนะนำวิธีผ่อนคลายเพื่อเบี่ยงเบนความเจ็บปวด โดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าออกลึกๆ 4.ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ 5.สอนการประเมินความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย บรรเทาความเจ็บปวด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ 2.รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง



ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยถามว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องดูแลตัวเองอย่างไร เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	3.แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายมีพลังงานสูงและมีกากน้อยในช่วงแรก เช่น ปลา ไข่ ผักผลไม้ หลีกเลี่ยงผักที่มีกลิ่นฉุนเพราะจะทำให้ท้องผูก 4.แนะนำให้สังเกตแผลผ่าตัด หากมีบวม แดง ให้มาพบแพทย์ 5.แนะนำให้มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา 6.ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ให้ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น สามารถตอบคำถามได้

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงรายนี้ ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ในการผ่าตัด ซึ่งมีผลดีต่อผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดแค่เป็นรูเจาะ 2 รู และแผลที่เปิดเพื่อนำก้อนมะเร็งออกยาวไม่เกิน 5 เซนติเมตร การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยกว่าการผ่าตัดเปิดแบบวิธีดั้งเดิม และมีการนำเครื่องมืออุปกรณ์พิเศษ เช่น ตัดและปิดหลอดเลือด เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติ พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เป็นอย่างดี จึงจะสามารถช่วยแพทย์ในการทำผ่าตัดให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี อีกทั้งการผ่าตัดต้องทำในอุ้งเชิงกราน อาจทำให้การผ่าตัดมีความยุ่งยาก ลำบากมากขึ้น มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงได้ ซึ่งอาจทำให้มีการสูญเสียเลือดมากขึ้น พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความพร้อมและรวดเร็วหากต้องมีการปรับเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิด ส่งผลให้ศัลยแพทย์ทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

สรุป

การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์เป็นที่นิยมมากในปัจจุบัน⁹ เนื่องจาก

ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่เล็กลง ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดน้อย ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้น และสามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้เร็วกว่าการผ่าตัดแบบวิธีเปิด การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ผ่านกล้องวิดิทัศน์จำเป็นต้องอาศัยทีมงานในการทำผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นความชำนาญของศัลยแพทย์ ทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่จำเป็นในการผ่าตัด นอกจากนี้พยาบาลห้องผ่าตัดยังต้องมีความรู้และทักษะการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างรวดเร็วและปลอดภัย พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการผ่าตัด และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกชนิดของการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ปัญหา ให้การพยาบาลทั้งร่างกายและจิตสังคม โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและพฤติกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมการวิชาการ.งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น ปี 2560-2561.เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2561
- 2.ชนินทร์ ลิ้มวงศ์. พันธุศาสตร์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ถ่ายทอดโรคมะเร็งทางพันธุกรรม.ใน : ต้น คงเป็นสุข , วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, วรุตม์ โล่ศิริวัฒน์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม 52. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2559
- 3.ชาญวิทย์ ตันพิพัฒน์, ธนิต วัชรพุก. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2561
- 4.พรชัย โอเจริญรัตน์.clinical application of molecular genetic in colorectal cancer. ในประชุม ศิริวงษ์, สมบุญ เจริญเศรษฐมท และปริญาทวิชัยการ(บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 32.พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2560
- 5.วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล. Laparoscopic colectomy. ในจักรพันธ์ เอื้อนเรศเศรษฐ, วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, อรุณ โรจนสกุล (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 26. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2561
- 6.วุฒิชัย ธนาพงศ์. ตำราการผ่าตัดช่องท้องโดยวิธีส่องกล้อง. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2562
- 7.วันดี สำราญราษฎร์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2560
- 8.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ [อินเทอร์เน็ต].2563.[เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้ จาก:<http://tcb.nci.go.th/CWEEB/cwebBase.do?mode=initialApplication>
- 9.Dwivedi A, Chahin F, Agrawal S, Chau WY, Tootla A, Tootla F and Silva YJ .Laparoscopic colectomy vs. open colectomy for sigmoid diverticular disease. Dis Colon Rectum 2010;45(10)8:1309-14.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

Development of Nursing Practice Guidelines for Early Warning Sign Surveillance System in High-Risk Patients.

(Received: September 19,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

ประภัสสร หิรัญรัตน์¹
Prapassorn Hiranrat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลหนองหาน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 11 คน และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 45 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการทบทวนการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องช่วยชีวิตที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าผู้ป่วยเสียชีวิตในหอผู้ป่วย ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการติดตามอาการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงด้วยแบบประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยสามัญ (SMEWS) และการรายงานแพทย์ตามแนวทางการสื่อสารแบบเอสบา (SBAR) ระยะที่ 3 ความเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้ SMEWS โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.86, S.D. = 0.19)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

ABSTRACT

This research was research and development aimed to develop and study the results of nursing guidelines for monitoring systems for warning signs of entering a crisis in high-risk patients. Nong Han Hospital The sample group consisted of 11 professional nurses and 45 high-risk patients. The tools used were: Group discussion recording form Patient care review record form Questionnaire on feasibility of guidelines Qualitative data were analyzed by content analysis. Quantitative data used descriptive statistics, including mean($\bar{x}$), percentage, and standard deviation.

The results of Phase 1 of the study found an incidence of patients deteriorating and requiring resuscitation that was not anticipated in advance. Patients died in the ward. Phase 2 developed guidelines for monitoring the symptoms of high-risk patients using a model. Assess warning signs of crisis in ordinary patients (SMEWS) and report to doctors according to the SBA communication guidelines (SBAR) Phase 3. Nurses' opinions on the feasibility of using SMEWS were overall at a level. Very ($\bar{x}$ = 3.86, S.D. = 0.19)

Keywords: nursing practice, guidelines Crisis warning system, High-risk patients

บทนำ

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพยาธิสภาพอย่างรวดเร็ว ทำให้การทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน

เป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยส่วนใหญ่มักพบสัญญาณเตือนนำมาก่อนเช่นการเปลี่ยนแปลงของชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจนและระดับความรู้สึกตัว เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ประสงค์ที่รุนแรงอย่างรวดเร็วได้แก่การไหลเวียนเลือดล้มเหลวระบบหายใจล้มเหลว นำไปสู่ภาวะช็อคภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตในที่สุด การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด นำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (World Health Organization) ²³ กระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพประกอบด้วยการเข้าถึงและการเข้ารับบริการการประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลังรวมถึงการดูแลต่อเนื่อง ⁵ เมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการประเมินอาการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก สอดคล้องในการนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย (Assessment) ที่เป็นขั้นตอนแรกมาใช้พบว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสามารถในการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 70 ²³

แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต(Modified Early Warning Scores System (MEWS)) ⁸ เป็นเครื่องมือในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง ¹⁹ สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยนำไปสู่การตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตามแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด ¹² ประกอบด้วยระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ค่าอุณหภูมิกายระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดและปริมาณปัสสาวะใน 4 ชั่วโมงในการประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยการประเมินสัญญาณชีพเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Sign)⁹ เป็นเครื่องมือที่ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) อัตราการหายใจ 2) อัตราการเต้นของหัวใจ 3) ความดันโลหิต 4) อุณหภูมิกาย 5) จำนวนปัสสาวะ(มล./กก/ชม.) 6) ระดับความรู้สึกตัวเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและติดตาม

อย่างต่อเนื่อง การประเมินอวัยวะล้มเหลวจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว (quick Sepsis Organ Failure Assessment)¹⁴ โดยเกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วยอาการที่สงสัยว่าผู้ป่วยติดเชื้อร่วมกับเกณฑ์การประเมินรวมคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน การประเมินความรุนแรงหรือระดับความเจ็บป่วย เพื่อพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต โดยใช้แบบประเมิน APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health EvaluationII)¹⁴ ภายใน 24 ชั่วโมง และแบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแนวคิดทางพยาบาล FANCAS5 ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ แบบประเมินด้านความสมดุลของน้ำ (Fluid balance) แบบประเมินด้านการหายใจ (Aeration) แบบประเมินด้านโภชนาการ (Nutrition) แบบประเมินด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication) แบบประเมินด้านการทำกิจกรรม (Activity) และแบบประเมินด้านการกระตุ้น (Stimulation)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่มีผลการศึกษาว่า MEWS ดีกว่า SOS score แม้ในต่างประเทศมีรายงานการนำ MEWS มาใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังประเมินอาการของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยพบว่าได้ผลดีและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย¹⁶ แต่สำหรับการศึกษาการนำ MEWS มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยในประเทศไทยยังพบน้อย และส่วนใหญ่นำมาใช้ประเมินผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ในความเห็นของผู้วิจัยผลจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่าการนำ MEWS และ SOS SCORE มาใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะ Sepsis นั้น แล้วแต่บริบทของโรงพยาบาลที่จะนำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการของผู้ป่วยรายใหม่หรือนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลต่อไป โดยมุ่งหวังว่าจะช่วยให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือก่อนที่จะผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต

จากข้อมูลสถิติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงอย่างรวดเร็วได้แก่การไหลเวียนเลือดล้มเหลว

ระบบหายใจล้มเหลว นำไปสู่ภาวะช็อคภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิต ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองหาน พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยที่อาการทรุดลงและต้องช่วยฟื้นคืนชีพ 15 ราย ใส่ท่อช่วยหายใจ 80 ราย ย้ายเข้ารับการรักษาค้นหาผู้ป่วยหนัก 115 ราย เสียชีวิต 40 รายการทบทวนพบว่า เกิดจากการประเมินและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยเน้นการประเมินสัญญาณชีพ ไม่มีการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตและพยาบาลระดับปฏิบัติ ส่วนใหญ่มีสมรรถนะจำกัดในการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต จึงจำเป็นต้องพัฒนาการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วนประกอบกับมีข้อเสนอแนะจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่โรงพยาบาลต้องพัฒนา คือ การประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง การพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และการปรับระบบประเมินสมรรถนะบุคลากร

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้สนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงขึ้น จึงนำ Search out severity score (SOS score) ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตมาเฝ้าระวังเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยควบคู่กับการใช้ MEWS เป็น SMEWS Model ของโรงพยาบาลหนองหาน โดยหวังว่าจะสามารถตรวจพบความผิดปกติเพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย เพื่อนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลระดับปฏิบัติให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์ทรุดลงและเสียชีวิตที่ไม่คาดคิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

รูปแบบการวิจัย

ใช้การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) โดยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงานในคลินิก ความรู้ และบริบทที่เกี่ยวข้องเป็นการศึกษาบริบทการพยาบาลสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ตามรูปแบบ C3THER (Care, Communication, Continuity, Human resource, Environment/ Equipment, Record)

ระยะที่ 2 ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกและยกร่างแนวปฏิบัติ

2.1) สืบค้นจากเอกสารวิชาการงานวิจัยทั้งภาษาไทยและอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ค.ศ. 2010–2020

2.2) กำหนดขอบเขตและคำสำคัญตามกรอบ PICO(อัจฉรา คำมะতিย์ และมัลลิกา มากรัตน์, 2559) ดังนี้ P (Participant) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง I (Phenomenon of interest) หมายถึง การประเมินการติดตาม การให้คะแนนสัญญาณเตือนก่อนวิกฤต (early warning signs early warning system early warning score) Co (Context) หมายถึง setting ที่ใช้สัญญาณเตือนก่อนวิกฤตในโรงพยาบาล ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit: ICU) ห้องฉุกเฉิน (emergency room) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Joanna Briggs, google scholar, Science Direct, PubMed, CINAHL และ Thailist

2.3) นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์⁷ ดังนี้ระดับ 1 การ

วิจัยเชิงทดลอง (Experimental Designs) ที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (randomized controlled trial; RCT) ระดับ 2 วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Designs) ระดับ 3 การวิจัยเชิงสังเกตเชิงการสังเคราะห์ (Observational Analytic Designs) แยกเป็น 3a งานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) 3b งานวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังระดับ 4 การวิจัยเชิงสังเกตแบบพรรณนา (Observational Descriptive Studies) ระดับ 5 ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus) นำสาระสำคัญจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมายกร่างแนวปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 3 ท่านและอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน

ระยะที่ 3 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการนำไปทดลองใช้ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ยกร่างไปศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

3.1) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ ที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 6 เดือนทุกคน จำนวนทั้งหมด 11 คน

3.2) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อายุ 15 ปีขึ้นไปทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 -เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 จำนวน 45 ราย

ระยะที่ 4 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-Based phase) และเผยแพร่

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็น

เป็นคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง ตัวอย่างแนวคำถามหลัก “หน่วยงานพบอุบัติการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อาการทรุดลงเป็นอย่างไรบ้าง...” 3) แบบบันทึกการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) แบบบันทึกการทบทวนการดูแลผู้ป่วย C3THER ตามแนวทางโรงพยาบาลหนองหาน

ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 ท่าน อายุรแพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของแนวคำถามและความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามใช้มาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ข้อ 5 ระดับ ช่วงคะแนน 1-5 (ค่าคะแนนน้อยที่สุดถึงมากที่สุด) และมีคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98 และค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.8

กระบวนการดำเนินการวิจัยและเก็บ

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องต่างๆ ร่วมกัน ได้แก่ 1) แนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤตของราชวิทยาลัยการแพทย์ประเทศอังกฤษ¹⁸ ร่วมกับแนวคิดของดัลแคล และคณะ (2012)¹⁰ ประกอบด้วย สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต 7 พารามิเตอร์ ได้แก่ การหายใจ ชีพจร ความดันโลหิตซิสโตลิก อุณหภูมิร่างกาย ความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และจำนวนปัสสาวะที่ออกและการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 7 พารามิเตอร์



ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียน ระบบประสาทและสมอง ยาและความต้องการช่วยชีวิต และอุปกรณ์ทางแพทย์ที่ใช้ในการรักษาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 - มีนาคม พ.ศ. 2564 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้นำวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย

2. ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563) ผู้วิจัยดำเนินการโดยการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ตามรูปแบบ C3THER ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จำนวน 52 ราย ผลการวิเคราะห์พบประเด็นที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ ดังนี้ 1) ด้านการประเมินและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 2) ด้านสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่ชัดเจน ที่จะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะที่ตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และ 3) ด้านการนิเทศทางคลินิกยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และการนิเทศไม่ครอบคลุมการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต จากนั้นทำการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤตการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สมรรถนะพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และการนิเทศงาน เพื่อนำมาออกแบบการพัฒนาารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต

3. การพัฒนาารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากข้อที่ 2 มาออกแบบรูปแบบ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต 2) สมรรถนะพยาบาลวิกฤต และ 3) การนิเทศทางคลินิก

ผู้วิจัยได้สร้างแนวทางเพื่อเป็นคู่มือในการใช้รูปแบบทั้ง 3 องค์ประกอบผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

4. การทดลองใช้รูปแบบและการประเมินผลเบื้องต้น (เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564) ผู้วิจัยนำรูปแบบไปทดลองใช้ (pilot study) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองหาน และนำมาปรับปรุงรูปแบบและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง

5. การนำรูปแบบไปใช้ในสถานการณ์จริง (เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564) ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่ไปใช้จริงโดยการสุ่มแบบเจาะจงในหอผู้ป่วยสามัญ

6. ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ(เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - มีนาคม พ.ศ.2565)

วงล้อที่ 1 ผลสะท้อนการปฏิบัติจากการสอนงาน การตรวจสอบเวชระเบียน และการสนทนาแกนนำ พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตร้อยละ 25.0 การแปลผล-คะแนนไม่ถูก การบันทึกค่าพารามิเตอร์ขาดความครอบคลุม ขาดการนำคะแนนความรู้สึกตัวมาวิเคราะห์และแปลค่า การบันทึกค่าคะแนนระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง และไม่พบการลงคะแนน SMEWS ในแบบประเมินผู้ป่วยวิกฤต จึงร่วมออกแบบช่องบันทึกค่าระดับความรู้สึกตัว และช่องบันทึกคะแนน SMEWS ในแบบประเมินผู้ป่วยวิกฤต และร่วมกับแกนนำกำหนดเป้าหมายการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต และการบันทึกตามมาตรฐานการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

วงล้อที่ 2 ผลสะท้อนการปฏิบัติจากการนิเทศหน้างาน การตรวจสอบเวชระเบียน และการสนทนาแกนนำพบว่า พบปฏิบัติการผู้ป่วยเบาหวานหลุดและย้ายเข้าหน่วยวิกฤติ โดยค่าคะแนน SMEWS <3 คะแนน จึงวิเคราะห์ปัญหา จัดทำคู่มือ early warning signs ในผู้ป่วยเสี่ยงสูงแต่ละสาขา กำหนดเป้าหมายการดูแล และนิเทศ สอนงานพยาบาลหน้างาน และจัด

ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต แนวทางการประเมินผู้ป่วยวิกฤต สัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ห่วงโซ่การป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้น การรายงานแพทย์แบบเอสบาร์ (SBAR) แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน 3 รุ่งครอบคลุม 100%

วงล้อที่ 3 สะท้อนผลการปฏิบัติจากการนิเทศหน้างาน การตรวจสอบเวชระเบียน และการสนทนาก่อนนำพยาบาลวิชาชีพในการประเมินอาการ การเปลี่ยนแปลงและจับตาดูอาการผิดปกติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึง และมีข้อเสนอแนะควรเพิ่มคำแนะนำในพารามิเตอร์ชีพจรเป็น 3 คะแนนในผู้ป่วยที่ใช้ยาความเสี่ยงสูง (high alert drug) ที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด เช่น ยากลุ่มโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิตที่ต้องเฝ้าระวัง ระยะทดลองปฏิบัติใหม่ (re-plan)

นำผลจากการพัฒนา 3 วงล้อมาวางแผนร่วมกับทีมวิจัยและพยาบาลแกนนำของหน่วยงานโดย 1) ปรับแนวทางเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตโดยเพิ่มเกณฑ์การให้คะแนนการใช้ยาความเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิดในช่องพารามิเตอร์ชีพจรเป็น 3 คะแนน และการใช้เครื่องช่วยหายใจในช่องพารามิเตอร์หายใจ เป็น 2 คะแนน และปรับแนวทางการบันทึก SMEWS 2) พัฒนาสมรรถนะการสอนงานแบบ GROW model แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยและแกนนำ ฝึกทักษะการประเมินและการจัดการแก้ไขภาวะวิกฤตแก่พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในทั้งหมด นำสู่การปฏิบัติ ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการ

วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติประยุกต์ตามกรอบของซุคัพ 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงานในคลินิก ความรู้และบริบทที่เกี่ยวข้องเป็นการศึกษาบริบทการพยาบาลสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ตามรูปแบบ C3THER พบว่าโรงพยาบาลหนองหาน ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สถิติบริการมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในปีพ.ศ. 2560-2561 จำนวน 9,201 รายและ 6,387 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสามัญที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ 1,800 รายและ 1,120 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.56 และ 17.53 ตามลำดับผู้ป่วยผู้ใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงได้ง่าย มีผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยสามัญและต้องย้ายเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.4เป็นร้อยละ22.3 พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดมีเกณฑ์การจำแนกประเภทและเกณฑ์การรายงานแพทย์แต่พบว่าระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนวิกฤตยังไม่ชัดเจน พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องช่วยฟื้นคืนชีพ 3 ราย

2) ระยะค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ผู้วิจัยยกร่างแนวปฏิบัติดังนี้

2.1) รูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตแสดงดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 รูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

Search Out Severity Score (SOS Score)

PHYSIOLOGICAL PARAMETERS	3	2	1	0	1	2	3
Temperature (°C) (อุณหภูมิ)		≤ 35	35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-38.4	≥ 38.5	
Systolic BP (ความดันโลหิต ตัวบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	*ใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต
Heart Rate (ชีพจร: Pulse)	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
Respiration Rate (อัตราการหายใจ)	≤ 8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
Level of Consciousness (ระดับความรู้สึกตัว)			สับสน (กระสับกระส่ายที่เพิ่งเกิดขึ้น)	ตื่นดี (พูดคุยรู้เรื่อง)	ซึม (เรียกแล้วลืมตา สลึมสลือ)	ซึ่มมาก (ต้องกระตุ้นจึงจะลืมตา)	ไม่รู้สึกตัว (แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม)
Urine (ปัสสาวะ) เป็น CC.							
ปัสสาวะ/วัน (24 ชั่วโมง)		≤ 500	501-999	≥ 1,000			
ปัสสาวะ/12 ชั่วโมง		≤ 250	251-499	≥ 500			
ปัสสาวะ/8 ชั่วโมง		≤ 160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/4 ชั่วโมง		≤ 80	81-159	≥ 160			
ปัสสาวะ/2 ชั่วโมง		≤ 40	41-79	≥ 80			
ปัสสาวะ/1 ชั่วโมง		≤ 20	21-39	≥ 40			

* ยาระตุ้นความดันโลหิต (Vasopressor) – Dopamine, Levophed, Dobutamine, Adrenaline

แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน	แนวทางพัฒนาสมรรถนะเฝ้าระวังสัญญาณเตือน
- ประเมินผู้ป่วยทันทีที่ได้รับใหม่ รับย้ายโดยใช้แบบประเมินสัญญาณเตือน (SOS score) และปฏิบัติตามมาตรฐานระดับความเสี่ยงต่ำ (SOS score 0 คะแนน) กลาง (SOS score 1 -3 คะแนน) สูง (SOS score >4 คะแนน) - บันทึกคะแนน SOS score ในฟอร์มปรอท และแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลหรือฟอร์มบันทึกผู้ป่วยวิกฤต - ประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือน อย่างต่อเนื่องตามความถี่ของค่าคะแนน MEWS/PEWS - ค้นหาความสาเหตุ จัดการแก้ไขภาวะคุกคาม รายงานแพทย์ตามหลัก SBAR - บันทึกปฏิบัติการทั้งหมดอย่างไม่คาดคิด และทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์	- แนวทางพัฒนาสมรรถนะแบบ GROW model โดยพยาบาลแกนนำได้ขยายยาละดับปฏิบัติดังนี้ - กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกัน (Goal: G) - วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเสี่ยงปัจจุบัน (Reality: R) - การกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหาให้สำเร็จบรรลุเป้าหมาย (Option: O) - การกำหนดสิ่งที่จะทำต่อไป (Way forward: W) - สมรรถนะเฝ้าระวังสัญญาณเตือน - การเรียนรู้เรื่องโรค สัญญาณเตือน เกณฑ์การรายงานแพทย์ การช่วยเหลือเบื้องต้น - การเฝ้าติดตามอาการ - การรับรู้ภาวะอันตราย - การเรียกขอความช่วยเหลือ - การตอบสนอง

2.2) การพยาบาลที่สอดคล้องอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ

2.3) การรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR (Situation: สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน Background :ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ Assessment: การประเมินสถานการณ์ความ

รุนแรงของปัญหาในมุมมองของพยาบาล และ Recommendation: ความกังวลต่อปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหานั้น)

3) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการนำไปทดลองใช้การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาได้ไปทดลองใช้ โดยการศึกษา นำร่องมีกระบวนการดังนี้

3.1) ผู้วิจัยร่างแนวปฏิบัติ แล้วตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.98 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญจากนั้น นำเสนอแนวปฏิบัติในที่ประชุมทีมดูแลผู้ป่วย (Patient care team: PCT) นำข้อเสนอจาก PCT ในการนำรูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตสู่การปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย ได้แก่ การทำป้ายเตือนการบันทึกค่าสัญญาณชีพที่ต้องรายงานไว้ในฟอร์มปรอทของเวชระเบียนผู้ป่วย

3.2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 11 คน

ระยะเวลา 1 วัน อธิบายทำความเข้าใจและฝึกทักษะขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และการรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR

3.3) พยาบาลวิชาชีพนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และประเมินผลแนวปฏิบัติด้านกระบวนการประเมินจากความยุ่งยากซับซ้อน ปัญหาอุปสรรคการใช้แนวปฏิบัติ ด้านผลลัพธ์ อดิการณอาการทรุดลงที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าและการรักษาล่าช้าขณะรักษาในหอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 11 คนพบว่าเป็นเพศหญิงทั้งหมด สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 27 ปี (S.D. = 5.64) ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 5.54 ปี (S.D. = 6.36) จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ 97.9

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (n = 11)

ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
มีความง่าย/สะดวกในการปฏิบัติ	3.58	1.68	มาก
ขั้นตอนชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.00	0.00	มาก
เนื้อหาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	3.75	1.29	มาก
เนื้อหาครอบคลุมในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต	4.00	0.00	มาก
เนื้อหา มีประโยชน์ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต	4.00	0.00	มาก
คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.86	0.19	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นโดยรวมต่อระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$) ทั้งในด้านความสะดวกในการปฏิบัติมีขั้นตอนชัดเจนและเข้าใจง่าย เนื้อหาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงครอบคลุมในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และมีประโยชน์ใน

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 45 ราย เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 54.2 เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 51 -60 ปี ร้อยละ 25342 การเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญมากที่สุดคือ โรคปอดบวมร้อยละ 60.17 รองลงมาเป็นโรค

sepsis ร้อยละ 10.17 การเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย พบว่าพยาบาลสามารถประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รวดเร็วเพิ่มขึ้น (early detect) และผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา (early treatment) ก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อค ดังเช่นจากการสนทนากลุ่มพยาบาลให้ความเห็นว่า "..พอเรามีตัวกำหนดว่าต้องสังเกตอะไรเมื่อเห็นการเปลี่ยนแปลง....และคนไข้ก็ได้รับการช่วยเหลือเร็ว..." (Nu7-20) และ "อย่างเคสที่ต้อง CPR เราได้จากสัญญาณเตือนและจะเตรียมการ....ไม่ได้รอจนหัวใจหยุดเต้น..." (NU2-5) และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องช่วยชีวิตที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นการใช้สัญญาณชีพและอาการแสดงทางคลินิกที่จำเพาะเกี่ยวกับระบบที่สำคัญต่อชีวิต ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ความรู้สึกตัว ใช้เป็นสัญญาณเตือนพยาบาลผู้ปฏิบัติให้การพยาบาลผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเข้าสู่ภาวะช็อค ภาวะหายใจล้มเหลว หรือภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ เป็นแบบใช้ข้อความไม่ต้องให้คะแนน ดังเช่นข้อเสนอแนะในการศึกษา systematic review ของ Lamber การใช้ SPEWS โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการช่วยให้พยาบาลมีการรับรู้และตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและเป็นเครื่องมือช่วยการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดีขึ้น ไม่มีข้อร้องเรียน ช่วยให้อัตรา unplanned CPR และ readmitted ICU ใน 72 ชั่วโมง

ประสิทธิภาพการทำนายความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของ EWS สำหรับผู้ป่วยในประเทศที่ไม่ได้ร่ำรวย (low or middle-income countries) อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีข้อจำกัดในการสอบเทียบเครื่องมือ จึงควรมีการพัฒนาปรับปรุง

EWS อย่างต่อเนื่องรวมถึงการตรวจสอบเครื่องมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก หรือมีภาระงานมาก ต้องดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคและหลายประเภทในหอผู้ป่วยเดียวกัน เช่น ในโรงพยาบาลของรัฐบาล ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการรวมคะแนนในแต่ละห้วข้อตามรูปแบบ EWS ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน EWS ที่มีห้วข้อการประเมินจำนวนมาก แม้กระทั่งของ MEWS เอง อาจสับสนในการเฝ้าระวังทั้งแบบการเฝ้าระวังทั่วไป และการเฝ้าระวังเฉพาะโรค ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้เครื่องมือ การคำนวณค่าคะแนนรวมทั้งแนวทางการตอบสนองที่ไม่ชัดเจน

ซึ่งการนำ ESW ไปใช้อาจแตกต่างกับโรงพยาบาลในต่างประเทศและโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยของไทยจากการรวบรวมข้อดีและข้อจำกัดของการใช้งานในแต่ละรูปแบบและคำนึงถึงการตอบสนองต่อ service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ในด้านลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยทั้งสามโรคสำคัญข้างต้นร่วม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการรายงานอาการและการประเมินอาการที่เหมาะสมและครอบคลุม ทำให้รายงานอาการได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบและสามารถนำไปสู่การจัดการอาการเปลี่ยนแปลงได้ unplanned CPR, readmitted ICU
2. ด้านการศึกษาวิจัย สามารถขยายผลการใช้เครื่องมือดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาวิจัยผลลัพธ์การใช้แบบประเมิน
3. ด้านการเรียนการสอน สามารถใช้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงในเด็กและการรายงานสื่อสารโดยใช้รูปแบบ SBAR ในกลุ่มของนักศึกษาพยาบาลนักศึกษาแพทย์และกลุ่มนักศึกษาอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- 1.จรัรัตน์ เกิดโสฬส. กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลันกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังหิน อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. มกราคม -เมษายน 2563; 3(1):58-62.
- 2.นิตยาภรณ์ จันทน์คร. ทศนีย์ แดขุนทด. อุไรวรรณ ศรีตา-มา, ปิยนุช บุญทอง. การพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สำหรับผู้ป่วยหนัก วัยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารกองการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 2022 Jan 3];47:39-60. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/242610/164904>
- 3.รัชนิยาพิมพ์ใจชน. (2560). ผลของการใช้รูปแบบเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี.ม.ป.ท. ม.ป.พ.
- 4.รุจา ปิ่นน้อย, พรนภา บุญชูเชิด, นภารัตน์ บัวลาดและจินตนา ทองเพชร. (2564).การพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน พระจอมเกล้ามิลวสเกอร์ ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง.วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 1(3), 72-88.
- 5.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 Hospital and healthcare standards5thedition. กรุงเทพฯ: ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด
- 6.สมไสวอินทะชูป. ประสิทธิภาพการใช้ MEWS (SOS Score)ต่อการเกิด Severe Sepsis and Septic Shock ในผู้ป่วย Sepsis โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี.มกราคม -เมษายน 2560; 25(1):90-91.
- 7.อัจฉรา คำมะทิติย์ และมัลลิกา มารัตน์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติที่ละเอียด ขั้นตอน Using the Systematic Review to Provide a Complete Summary on a Research Question in Evidence-Based Practice: A 3-Step Method. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ การสาธารณสุขภาคใต้. 2559;3(3):246-59
- 8.Baines, E.&Kanagasundaram, N.S. (2008). Early Warning Scores. British Medical Journal,16(7), 294-336.
- 9.Chuaychang,S. (2018). Effects of using the assessment of the modified early warning signs (MEWS) in the assessment and monitoring change symptom of patients in cardiac catheterization lab, Trang hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursin,29(1), 72-83.
- 10.Duncan K D., McMullan C, Barbara M Mills. Early warning signs. Nursing. 2012;42(2): 38-44.
- 11.early Detection andTreatment of Sepsis สืบค้นได้จาก <https://www.google.com/search?q=early + detection> เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2563.
- 12.Gardner-Thorpe,J., etal. (2006). The Value of Modified Early Warning score (MEWS) in surgical In-patients: A prospective observational study. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 88, 571-575.
- 13.Jayasundera R, Mark Neilly M, O Smith T, Myint PK. Are Early Warning Scores Useful Predictors for Mortality and Morbidity in Hospitalised Acutely Unwell Older Patients? A Systematic Review. J Clin Med. [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 3] ; 7(10): 309. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30274205>.
- 14.Kaewsingha, P., Akavipat, P., Prasertsong, K., &Pannak, S. (2012). Neurosurgical Intensive Care Unit effective outcomes measurement with AcutePhysiology and Chronic Health Evaluation(APACHE)III. Medical Journal of SrisaketSurinBurirum Hospital, 27(3), 205-216.
- 15.Mehtap B,etal. (2013). The comparison of modified early warning score with rapidEmergency medicine score: a prospective multicenter observational cohort studyon medical and surgical patients presenting to emergency department. Emergency Medicine Journal, 31(6), 476-481.
- 16.MehtapBulut, et al. The comparison of modified early warning score with rapid emergency medicine score: a prospective multicentre observational cohort study on medical and surgical patients presenting to emergency department. Emergency Medicine Journal 2013;476-81.



- 17.Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention in fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001.
- 18.RoyalCollege of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2 :Standardizing the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP;2017
- 19.Semico, M. (2009).TheUse of Modified Early Warning Scores by a Rapid Response Team forThe Purpose of Code Reduction in the Non-ICU Patient Population.ANCC National Magnet Conference. Retrieved January19, 2021fromhttps://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/
- 20.SuthasineePungfu.Development of specific competencies of professional nurses in caring for critically ill patients after laparoscopic surgery. Rajavithi Hospital Journal of the Department of Medical Services. 2018;43(3):131-137. Thai
- 21.Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) Updated: Nov 12, 2020สืบค้นได้จาก <http://emedicine.medscape.com/article/169640-overview> (2014,may 28) เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2563.
- 22.Wang AY, Fang CC, Chen SC, Tsai SH. Periarrest Modified Early Warning Score (MEWS) predicts the outcome of in- hospital cardiac arrest. J Formos Med Assoc. [Internet]. 2016[cited 2022 Jan 10] ; 115(2): 76-82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26723861>
- 23.World Health Organization. (2020).Cardiovascular Diseases. RetrievedJanuary19, 2021from<http://www.who.int/topics/ cardiovascular diseases/en/>.

การพัฒนาแบบยาหนุมานประสานกายสำหรับเสริมการรักษาโรคหืด Development of Hanumanprasankai Drug Formulations for Adjunctive Treatment of Asthma

(Received: September 1,2023 ; Revised: September 9,2023 ; Accepted: September 11,2023)

ปริพัช เงินงาม¹ ชัยนรินทร์ เรือนเจริญ¹ พรพรรณ มณีวรรณ¹ สุวนันท์ แก้วจันทา¹ ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงศ์²
Paripach Ngoengam¹ Chainarin Ruancharoen¹ Pornphun Maneewan¹ Suwanan Kaewjanta¹
Siwapong Tansuwanwong²

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนายาหนุมานประสานกายในรูปแบบผงชงละลายสำหรับเสริมการรักษาโรคหืด เป็นการวิจัยแบบทดลอง โดยการนำยาหนุมานประสานกายในรูปแบบยาน้ำทำเป็นรูปแบบผงชงละลายที่มีสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตรินต่างกัน ใช้วิธีเปรียบเทียบปริมาณ คุณสมบัติทางกายภาพ และตรวจสอบด้วยเทคนิคโครมาโตกราฟี ผลการศึกษาพบว่า ยาหนุมานประสานกายรูปแบบผงชงละลายที่มีสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20%, 40% และ 60% มีค่าแถบสีต่างกัน คือ แถบสีน้ำตาล 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ปริมาณผงก่อนชงมีน้ำหนักต่างกันคือ 10.39, 20.09 และ 28.00 กรัม ตามลำดับ ระยะเวลาการชงละลายน้ำมีความแตกต่างกันคือ 4, 7 และ 12 วินาที ตามลำดับ และความถ่วงจำเพาะต่างกันคือ 0.008, 0.56 และ 0.60 ในขณะที่สีหลังชงละลาย กลิ่น รสชาติ ความเป็นกรด-เบส (pH) เท่ากัน เมื่อตรวจสอบด้วยเทคนิคโครมาโตกราฟีพบแถบสาร 2 ชนิด โดยมีค่าการเคลื่อนที่ของสาร (R_f) เท่ากับ 0.50 และ 0.58 เหมือนยาหนุมานประสานกายในรูปแบบยาน้ำ โดยยาหนุมานประสานกายที่มีสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตรินที่ 20% มีความเหมาะสมที่สุด เนื่องจากปริมาณมอลโตเดกซ์ตรินน้อยที่สุด ชงละลายใช้เวลาเร็วที่สุด และมีความหนาแน่นจากค่าความถ่วงจำเพาะน้อยที่สุด

คำสำคัญ : ยาหนุมานประสานกาย, โรคหืด, รูปแบบยา

ABSTRACT

The purpose of this article is to develop Hanumanprasankai drug in the form of a soluble infusion powder as an adjuvant in the treatment of asthma. It is an experimental research study by transforming the Hanumanprasankai drug in liquid form to powder form that contains maltodextrin in different proportions. Each proportion was compared in quantities, physical properties and chemical identities by Thin layer chromatography (TLC) determination. The study found that Hanumanprasankai drug in powder form with different proportions of maltodextrin, namely 20%, 40%, and 60%. Their different proportions of maltodextrin showed different colors according to the color bands, which are brown bands level 3, 2, and 1, respectively. Powder quantity before brewing had different weights: 10.39, 20.09, and 28.00 grams, respectively. The time to dissolve in water was also different to 4, 7, and 12 seconds, respectively and the specific gravity is also different to 0.008, 0.56 and 0.60, respectively. While the color after dissolving, the smell, the taste, and the acidity - base (pH) was not different. When determine the chemical identities using Thin layer chromatography (TLC), it was separated to 2 bands which the rate of flow (R_f) is 0.50 and 0.58, similar to Hanumanprasankai drug in liquid form. In conclusion, Hanumanprasankai powder with a maltodextrin ratio of 20% is mostly appropriate. This is because it uses the least amount of maltodextrin absorbent, the dissolution time is fastest with the least of specific gravity.

Keywords : Hanumanprasankai drug; Asthma; Dosage form

¹ อาจารย์ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

Lecturer School of Traditional and Alternative Medicine, Chiang Rai Rajabhat University, Thailand

² อาจารย์ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

Lecturer School of Traditional and Alternative Medicine, Chiang Rai Rajabhat University, Thailand

Corresponding author Email: siwapong201@hotmail.com

บทนำ

โรคที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดตีบแคบอันเนื่องมาจากการอักเสบเรื้อรังที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันทำให้เยื่อหลอดเลือดไวต่อสิ่งรุกรานมากกว่าปกติ ส่งผลทำให้เกิดอาการไอ หายใจไม่สะดวก และหอบเหนื่อย¹ โดยมีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่กระทบเป็นเหตุให้อาการโรคหืดกำเริบ อีกทั้งยังสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยตลอดจนเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและการนอนหลับ จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบสถิติผู้ป่วยถึงร้อยละ 5 ของประชากรทั่วโลกที่ป่วยด้วยโรคหืดประมาณ 235 ล้านคน โดยมีอัตราการเสียชีวิตวันละไม่น้อยกว่า 50,000 คน และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคหืดถึง 100 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2568 ประกอบกับสถิติของกระทรวงสาธารณสุขไทยพบผู้ป่วยโรคหืดประมาณร้อยละ 7 ของประชากรซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง² โดยเฉพาะภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยพบการกระจายตัวของปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยของประชากร คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ไม่เพียงแต่ปัจจัยส่งเสริมด้านลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ท่าเลที่ตั้งของการตั้งถิ่นฐานที่มีความหนาแน่นกว่าภูมิภาคอื่นของประเทศไทย แต่ยังพบปัจจัยที่เกิดจากกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ เช่น การก่อสร้าง สารพิษจากยานพาหนะ การเผาขยะ การเผาตอซัง การเผาป่า ฯลฯ ที่สร้างมลภาวะทางอากาศ จึงตกอยู่ในภาวะของการถูกคุกคามทางสุขภาพ โดยเฉพาะโรคหืด³ จากอุบัติการณ์ของโรคหืดข้างต้นพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถิติผู้ป่วยโรคหืด โดยเป็นปัญหาเรื้อรังที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโรคหืดในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ในฐานะสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรองจากสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย มีภารกิจในการผลิตบัณฑิตแพทย์แผนไทยที่มีขีดความสามารถในการ

รักษาโรคตามมาตรฐานวิชาชีพการแพทย์แผนไทยพร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์แผนไทยให้ร่วมสมัย ทันสมัย และนำสมัย เนื่องจากองค์ความรู้ในตำราการแพทย์แผนไทยเป็นการบันทึกจากการสังสมประสบการณ์เชิงประจักษ์ของแพทย์แผนไทยในอดีตโดยยังขาดการพัฒนาให้สอดคล้องกับการให้บริการในยุคปัจจุบัน⁴ ในขณะที่การเสริมการรักษาโรคหืดของแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลสาธิตการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผู้สูงอายุมีเกณฑ์การพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงอาการกำเริบของโรคหืดจากความถี่ของการใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมเป็นเครื่องบ่งชี้เสริมการลดอาการกำเริบของโรคหืด และวิเคราะห์การกำเริบของโรคหืดจากความถี่การใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมก่อนและหลังการรับประทานยาต้มยหุนานประสานกาย โดยการนัดหมายติดตามผลสัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องตลอดฤดูกาลทั้งในช่วงฤดูร้อน ฤดูฝน และฤดูหนาว ทั้งนี้ด้วยยาหุนานประสานกายเป็นรูปแบบน้ำต้มเคี้ยวให้เหลือ 1 ใน 3 ซึ่งเป็นไปตามกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนไทย โดยบรรจุรูปแบบพาสเจอร์ไรซ์⁵ 100 มิลลิลิตร ต้มวันละ 2 เวลา ก่อนอาหาร เช้าและเย็น มีเจตนาเพื่อให้ตัวยากระจายบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้น แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดของการบรรจุแบบพาสเจอร์ไรซ์ที่จำเป็นต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำกว่า 10 องศาเซลเซียส และมีอายุการเก็บรักษาไม่เกิน 2 สัปดาห์⁶ ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะพัฒนารูปแบบยาหุนานประสานกาย ในรูปแบบผลขงละลายสำหรับเสริมการรักษาโรคหืดเพื่อเป็นการลดข้อจำกัดของระบบการวางแผนเสริมการรักษาโรคหืดรวมถึงระบบการนัดหมายและติดตามผลของแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ยังเป็นการเพิ่มความสะดวกของการบริหารคลังยา ประกอบกับเสริมสร้างภาพลักษณ์ของแพทย์แผนไทยที่ทันสมัยและมีความเป็นมืออาชีพเพื่อรับใช้ประชาชนและสังคมในอนาคตได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนายาหนุमानประสานกายในรูปแบบผงขงละลายสำหรับเสริมการรักษาโรคหืด

วิธีการดำเนินการ

การเตรียมยาหนุमानประสานกายในรูปแบบผงขงละลาย เริ่มจากเตรียมยาต้มหนุमानประสานกายต้นแบบผ่านหม้อแรงดันจำนวน 1400 มิลลิลิตร จากนั้นนำยาต้มหนุमानประสานกาย มาทำให้เข้มข้นขึ้นด้วยเครื่อง Rotary evaporator เมื่อเวลาผ่านไป 90 นาที จะได้ยาหนุमानประสานกายเข้มข้นที่ปริมาณ 750 มิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 53.57 ของยาต้มเริ่มต้น กำหนดสัดส่วนการผสมมอลโตเดกซ์ตรินอยู่ที่ 20%, 40% และ 60% โดยทำการผสมมอลโตเดกซ์ตรินที่สัดส่วนต่างๆ ตามที่กำหนด และนำไปอบแห้งที่อุณหภูมิ 60 °C และทำการวัดความชื้นจนมีความชื้นน้อยกว่า 3% และทำการจัดเก็บในกล่องสุญญากาศ จากนั้นนำยาหนุमानประสานกายที่ผสมมอลโตเดกซ์ตรินสัดส่วน 20%, 40% และ 60% ที่ผ่านการอบแห้งมาทำการบดและร่อนด้วยตะแกรงเบอร์ 100 บรรจุผงยาใส่ในกล่องสุญญากาศและทำการวิเคราะห์น้ำหนักคงเหลือสุทธิของยาหนุमानประสานกายในรูปแบบผงขงละลาย^{7,8,9}

คุณสมบัติทางกายภาพของยาหนุमानประสานกาย การตรวจสอบคุณสมบัติทางกายภาพของยาหนุमानประสานกายเป็นการเปรียบเทียบ

ระหว่างยาหนุमानประสานกายต้นแบบกับยาผงหนุमानประสานกายที่สัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20%, 40% และ 60%^{7,8,9} ประกอบไปด้วยการทดสอบดังนี้ 1) ความเป็นกรด-เบส (pH) โดยใช้อุปกรณ์ pH meter^{7,8} 2) สี โดย เปรียบเทียบจากโค้ดสีไทยโทน Hex Color Code¹⁰ 3) กลิ่น โดยใช้เกณฑ์จากหลักการพิจารณาไทย 5 ประการ ตามตำราเภสัชกรรมไทย^{11,12} 4) รสชาติ โดยใช้เกณฑ์จากหลักการพิจารณาไทย 5 ประการ ตามตำราเภสัชกรรมไทย^{11,12} 5) ความถ่วงจำเพาะ โดยใช้อุปกรณ์ Hydrometer^{7,8}

การทดสอบโดยใช้เทคนิคโครมาโตกราฟี

การทดสอบด้วยเทคนิคโครมาโตกราฟีแบบเยื่อบาง (Thin layer chromatography; TLC) เป็นเครื่องบ่งชี้ในการตรวจสอบเปรียบเทียบ

เอกลักษณ์ทางเคมีระหว่างผลิตภัณฑ์ยาต้มหนุमानประสานกายและยาผงหนุमानประสานกาย โดยใช้เฟสเคลื่อนที่ คือ Toluene : Ethyl acetate : Formic acid ในอัตราส่วน 5: 4: 1¹³

ผลการวิจัย

เมื่อทำการผสมมอลโตเดกซ์ตรินกับยาหนุमानประสานกายที่สัดส่วน 20%, 40% และ 60% และนำไปอบแห้งที่อุณหภูมิ 60 °C จะได้ยาหนุमानประสานกายดังภาพที่ 1 และเมื่อทำการบดและร่อนด้วยตะแกรงเบอร์ 100 จะได้ผงยาหนุमानประสานกายที่มีลักษณะดังภาพที่ 2



สัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20%



สัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 40%



สัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 60%

ภาพที่ 1 ยาต้มหนุमानประสานกายที่ผสมมอลโตเดกซ์ตรินสัดส่วน 20%, 40% และ 60%



ผงขงสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20% ผงขงสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 40% ผงขงสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 60%

ภาพที่ 2 ผงขงละลายหนุมานประสานกายที่ผสมมอลโตเดกซ์ตรินสัดส่วน 20%, 40% และ 60%

หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ปริมาณของยา
หนุมานประสานกายในรูปแบบผงขงละลายใน
สัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20% อยู่ที่จำนวน 145.59
กรัม คิดต่อปริมาณการดื่มยาตัมหนุมานประสาน
กายต้นฉบับเท่ากับ 10.39 กรัม ปริมาณของยาผง
หนุมานประสานกายสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 40%

อยู่ที่จำนวน 281.30 กรัม คิดต่อปริมาณการดื่มยา
ตัมหนุมานประสานกายต้นแบบเท่ากับ 20.09 กรัม
และปริมาณของยาผงหนุมานประสานกายสัดส่วน
มอลโตเดกซ์ตริน 60% อยู่ที่จำนวน 392.00 กรัม
คิดต่อปริมาณการดื่มยาตัมหนุมานประสานกาย
ต้นแบบเท่ากับ 28.00 กรัม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณผงยาหนุมานประสานกายต่อการขงละลาย

ลำดับ	รายการ	น้ำหนัก (กรัม)	น้ำหนักต่อการ รับประทาน 1 ถู (กรัม)
1	ยาผงหนุมานประสานกายสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20%	145.59	10.39
2	ยาผงหนุมานประสานกายสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 40%	281.30	20.09
3	ยาผงหนุมานประสานกายสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 60%	392.00	28.00

คุณสมบัติทางกายภาพของยาหนุมานประสาน
กายต้นแบบในปริมาณน้ำที่ 100 มิลลิลิตร เทียบสี
เท่ากับแถบสีน้ำตาล 7 ลักษณะมีกลิ่นเฉพาะตัวของ
กลิ่นหนุมานประสานกายตำรสดาติขม โดยพบความ
เป็นกรด-เบส (pH) เท่ากับ 6 ในขณะที่ความ
ถ่วงจำเพาะมีค่าเท่ากับ 0.006

คุณสมบัติทางกายภาพของผงหนุมานประสาน
กายสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20% ลักษณะสีผงยา
ก่อนขงเท่ากับแถบสีน้ำตาล 3 ปริมาณผงก่อนขงใน
การทดสอบเท่ากับ 10.39 กรัม ขณะขงในปริมาตรที่
100 มิลลิลิตรพบว่าสามารถละลายได้หมดใน
ระยะเวลา 4 วินาที เทียบสีเท่ากับแถบสีน้ำตาล 7
ลักษณะมีกลิ่นเฉพาะตัวของกลิ่นหนุมานประสานกาย

ตำรสดาติขม โดยพบความเป็นกรด-เบส (pH) เท่ากับ
6 ในขณะที่ความถ่วงจำเพาะมีค่าเท่ากับ 0.008

คุณสมบัติทางกายภาพของผงหนุมานประสาน
กายสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 40% ลักษณะสีผงยา
ก่อนขงเท่ากับแถบสีน้ำตาล 2 ปริมาณผงก่อนขงใน
การทดสอบเท่ากับ 20.09 กรัม ขณะขงในปริมาตรน้ำ
ที่ 100 มิลลิลิตรพบว่าสามารถละลายได้หมดใน
ระยะเวลา 7 วินาที เทียบสีเท่ากับแถบสีน้ำตาล 7
ลักษณะมีกลิ่นเฉพาะตัวของกลิ่นหนุมานประสานกาย
ตำรสดาติขม โดยพบความเป็นกรด-เบส (pH) เท่ากับ
6 ในขณะที่ความถ่วงจำเพาะมีค่าเท่ากับ 0.56 โดย
แสดงสีหลังจากขงละลายผงหนุมานประสานกายดัง
ภาพที่ 3



ต้นแบบ

ขงละลายสัดส่วน
มอลโตเดกซ์ตริน 20%

ขงละลายสัดส่วน
มอลโตเดกซ์ตริน 40%

ขงละลายสัดส่วน
มอลโตเดกซ์ตริน 60%

ภาพที่ 3 สีหลังจากขงละลายผงหนุมานประสานกาย

คุณสมบัติทางกายภาพของผงหนุมาน
ประสานกายสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 60% ลักษณะ
สีผงยาก่อนขงเท่ากับแถบสีน้ำตาล 1 ปริมาณผง
ก่อนขงในการทดสอบเท่ากับ 28.00 กรัม ขณะขงใน
ปริมาณน้ำที่ 100 มิลลิลิตรพบว่าสามารถละลายได้

หมดในระยะเวลา 12 วินาที เทียบสีเท่ากับแถบสี
น้ำตาล 7 ลักษณะมีกลิ่นเฉพาะตัวของกลิ่นหนุมาน
ประสานกายต้มรสชาติขม โดยพบความเป็นกรด-
เบส (pH) เท่ากับ 6 ในขณะที่ความถ่วงจำเพาะมีค่า
เท่ากับ 0.60 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคุณสมบัติทางกายภาพของยาหนุมานประสานกาย

ลำดับ	รายการทดสอบ	ต้นแบบ	สัดส่วน 20%	สัดส่วน 40%	สัดส่วน 60%
1	สีผงยาก่อนขง	-	แถบสีน้ำตาล 3	แถบสีน้ำตาล 2	แถบสีน้ำตาล 1
2	ปริมาณผงก่อนขง	-	10.39 กรัม	20.09 กรัม	28.00 กรัม
3	ระยะเวลาละลาย	-	4 วินาที	7 วินาที	12 วินาที
4	ปริมาณน้ำ	100 มิลลิลิตร	100 มิลลิลิตร	100 มิลลิลิตร	100 มิลลิลิตร
5	สีน้ำหลังขงละลาย	แถบสีน้ำตาล 7	แถบสีน้ำตาล 7	แถบสีน้ำตาล 7	แถบสีน้ำตาล 7
6	กลิ่น	กลิ่นหนุมาน ประสานกายต้ม	กลิ่นหนุมาน ประสานกายต้ม	กลิ่นหนุมาน ประสานกายต้ม	กลิ่นหนุมาน ประสานกายต้ม
7	รสชาติ	ขม	ขม	ขม	ขม
8	ความเป็นกรด-เบส (pH)	6	6	6	6
9	ความถ่วงจำเพาะ	0.006	0.008	0.56	0.60

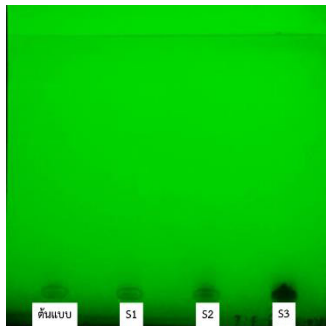
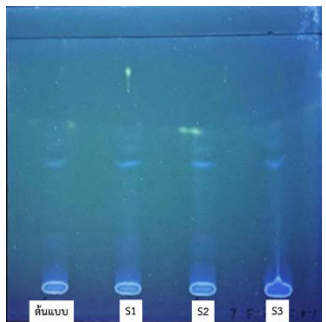
การทดสอบด้วยเทคนิคโครมาโตกราฟี
แบบเยื่อบาง (Thin layer chromatography; TLC)
เป็นเครื่องบ่งชี้ในการตรวจสอบเปรียบเทียบ
เอกลักษณ์ทางเคมีระหว่างผลิตภัณฑ์ยาต้มหนุมาน
ประสานกายและยาผงหนุมานประสานกาย ใช้เฟส

เคลื่อนที่ คือ Toluene : Ethyl acetate : Formic
acid ในอัตราส่วน 5: 4: 1 โดยพบว่า เมื่อตรวจสอบ
ด้วยตาเปล่าและตรวจสอบภายใต้แสงยูวีที่ความยาว
คลื่น 254 นาโนเมตร ไม่พบตำแหน่งของแถบสารใน
ยา ในขณะที่การตรวจสอบภายใต้แสงยูวีที่ความยาว

คลื่น 366 นาโนเมตร พบว่า ยาต้มหนุมานประสาน
กายต้นแบบ (S1 ต้นแบบ) พบแถบสาร 2 ชนิด ที่มี
ค่าอัตราการเคลื่อนที่ของแถบสาร (R_f) เท่ากับ 0.50
และ 0.58 ยาผงหนุมานประสานกายสกัดส่วนมอลโต
เดกซ์ตริน 20% (S2 ต้นแบบ) พบแถบสาร 2 ชนิด
ที่มีค่าอัตราการเคลื่อนที่ของแถบสาร (R_f) เท่ากับ
0.50 และ 0.58 ยาผงหนุมานประสานกายสกัดส่วน
มอลโตเดกซ์ตริน 40% (S3 ต้นแบบ) พบแถบสาร 2
ชนิด ที่มีค่าอัตราการเคลื่อนที่ของแถบสาร (R_f)
เท่ากับ 0.50 และ 0.58 และยาผงหนุมานประสาน

กายสกัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 60% (S3 ต้นแบบ)
พบแถบสาร 2 ชนิด ที่มีค่าอัตราการเคลื่อนที่ของ
แถบสาร (R_f) เท่ากับ 0.50 และ 0.58 จากข้อมูล
ดังกล่าวยาต้มหนุมานประสานกายต้นแบบและยา
ผงหนุมานประสานกายมีแถบสารจำนวน 2 แถบที่มี
อัตราการเคลื่อนที่เท่ากันคือ 0.50 และ 0.58 แสดง
ให้เห็นว่าองค์ประกอบของสารในยาผงหนุมาน
ประสานกายสกัดส่วนมอลโตเดกซ์ตรินที่ 20%, 40%
และ 60% ตรงกับยาต้มหนุมานประสานกาย
ต้นแบบทุกประการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการทดสอบด้วยเทคนิคโครมาโตกราฟีแบบเยื่อบาง

Sample	Chromatographic Finger print	ค่า R_f (Rate of flow)	Extraction
White		1) S1 ต้นแบบ R_f = ไม่พบ 2) S1 R_f = ไม่พบ 3) S2 R_f = ไม่พบ 4) S3 R_f = ไม่พบ	ethanol 80%
Under UV 254 nm.		1) S1 ต้นแบบ R_f = ไม่พบ 2) S1 R_f = ไม่พบ 3) S2 R_f = ไม่พบ 4) S3 R_f = ไม่พบ	ethanol 80%
Under UV 366 nm.		1) S1 ต้นแบบ R_f = 0.50, 0.58 2) S1 R_f = 0.50, 0.58 3) S2 R_f = 0.50, 0.58 4) S3 R_f = 0.50, 0.58	ethanol 80%

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบยาสมุนไพรประสานกายสำหรับเสริมการรักษาโรคหืดมีเจตนาเพื่อพัฒนายาสมุนไพรประสานกายในรูปแบบผงชงละลายสำหรับเสริมการรักษาโรคหืด ซึ่งเป็นการลดข้อจำกัดของระบบการวางแผนเสริมการรักษาโรคหืดรวมถึงระบบการนัดหมายและติดตามผลของแพทย์แผนไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง วงษาสุข¹⁴ ได้ศึกษาการประเมินผลคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศไทย โดยเป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนาโดยวิธีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองจากข้อมูลลักษณะทางกายภาพและคุณสมบัติทางเคมีของยาตำหนุमानประสานกายเป็นเครื่องบ่งชี้ในการเปรียบเทียบระหว่างผลิตภัณฑ์ยาตำหนุमानประสานกายต้นแบบและยาผงชงละลายหนุमानประสานกายที่สัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20%, 40% และ 60%

จากการศึกษาการเปรียบเทียบคุณสมบัติทางกายภาพของยาหนุमानประสานกายพบว่า ยาผงหนุमानประสานกายที่สัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20%, 40% และ 60% มีสีผงยาก่อนชงที่ต่างกันตามแถบสีจากเข้มไปอ่อน คือ แถบสีน้ำตาล 3 แถบสีน้ำตาล 2 และแถบสีน้ำตาล 1 ตามลำดับ และปริมาณผงก่อนชงมีน้ำหนักที่ต่างกันตามลำดับคือ 10.39, 20.09 และ 28.00 กรัม ขณะที่ระยะเวลาในการละลายในน้ำ 100 มิลลิลิตร มีความแตกต่างกันคือ 4, 7 และ 12 วินาที ตามลำดับ สีน้ำหลังชงละลายลักษณะเหมือนต้นแบบตรงตามแถบสีน้ำตาล 7 ลักษณะมีกลิ่นเฉพาะตัวของกลิ่นหนุमानประสานกายตำหนุमानต้นแบบ รสชาติขมเหมือนต้นแบบ ความเป็นกรด-เบส (pH) เท่ากับ 6 เหมือนต้นแบบ ในขณะที่ความถ่วงจำเพาะมีความแตกต่างกันคือ 0.006, 0.008, 0.56 และ 0.60 ในยาตำหนุमानประสานกายต้นแบบและยาผงชงละลายหนุमानประสานกายที่สัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20%, 40% และ 60% ตามลำดับ

เมื่อทดสอบด้วยเทคนิคโครมาโตกราฟีแบบเยื่อบาง (Thin layer chromatography; TLC)

โดยใช้เฟสเคลื่อนที่คือ Toluene : Ethyl acetate : Formic acid ในอัตราส่วน 5: 4: 1 พบว่า เมื่อตรวจสอบด้วยตาเปล่าและตรวจสอบภายใต้แสงยูวีที่ความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร จะไม่พบตำแหน่งของแถบสาร ในขณะที่ตรวจสอบวัดภายใต้แสงยูวีที่ความยาวคลื่น 366 นาโนเมตร พบว่า ยาตำหนุमानประสานกายต้นแบบ ยาผงหนุमानประสานกายสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตริน 20%, 40% และ 60% มีแถบสารที่แยกออกมา 2 แถบ และมีค่าอัตราการเคลื่อนที่ของสาร (R_f) เท่ากับ 0.50 และ 0.58 เหมือนกัน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่ายาตำหนุमानประสานกายต้นแบบและยาผงหนุमानประสานกายสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตรินที่ 20%, 40% และ 60% มีองค์ประกอบของสารตรงกับยาตำหนุमानประสานกายต้นแบบทุกประการ

จากข้อมูลข้างต้นสามารถวิเคราะห์เพื่อเลือกยาผงหนุमानประสานกายที่เหมาะสมโดยพบว่า ยาผงหนุमानประสานกายสัดส่วนมอลโตเดกซ์ตรินที่ 20% มีคุณสมบัติที่โดดเด่นที่สุดเนื่องจากใช้สารดูดซับมอลโตเดกซ์ตรินน้อยที่สุดและการละลายตัวของผงยาใช้ระยะเวลาเพียง 4 วินาที ความหนืดมีค่าเท่ากับ 10 วินาที และความถ่วงจำเพาะมีค่าเท่ากับ 0.008 จึงเหมาะที่สุดสำหรับเสริมการรักษาโรคหืด สามารถลดข้อจำกัดของระบบการวางแผนเสริมการรักษาโรคหืด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐกิตติ์ พงศ์ไกรสิทธิ์¹⁵ ที่ได้ศึกษาศักยภาพและบทบาทของการแพทย์แผนไทยในบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เชียงของ กรณีตัวอย่าง : การเสริมการรักษาโรคหืดด้วยสมุนไพรหนุमानประสานกาย รวมถึงระบบการนัดหมายและติดตามผลของแพทย์แผนไทย อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มความสะดวกของการบริหารคลังยา และยังเป็นการสร้างภาพลักษณ์ของแพทย์แผนไทยที่ทันสมัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐพร พิมจันทร์¹⁶ ที่ได้ศึกษาแนวทางการรักษาโรคหืดหอบให้สอดคล้องกับภาวะผู้ป่วยแต่ละรายตามหลักการแพทย์แผนไทยเพื่อส่งเสริมให้แพทย์แผนไทยมีความ



เป็นมีอาชีพเพื่อรับใช้ประชาชนและสังคมใน
อนาคตได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบยาผงขงละลายหนุมนาน
ประสานกายสำหรับเสริมการรักษาโรคหืดมีเจตนา
เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้สามารถเก็บรักษาได้นานขึ้น
และใช้ได้สะดวกขึ้น เป็นการลดข้อจำกัดของระบบ
การวางแผนเสริมการรักษาโรคหืดเท่านั้น ควรมีการ

ติดตามผลการเสริมการรักษาเพื่อเป็นโอกาสที่จะ
พัฒนาการศึกษาผลของยาหนุมนานประสานกายใน
รูปแบบผงในอาสาสมัครผู้ป่วยโรคหืดต่อไปใน
อนาคต

การวิจัยในครั้งนี้เน้นพัฒนารูปแบบยาผงขง
ละลายหนุมนานประสานกาย ควรมีการศึกษาความ
เหมาะสมในการบรรจุผงยา การเก็บรักษาผงยา และ
อายุของยาผงขงละลายหนุมนานประสานกายเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- 1.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2553.
- 2.สุวรรณา จิตต์วรางค์ม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดในคลินิกโรคหอบหืด
โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา. ราชวดีสาร วทิยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้น
เมื่อ 7 ก.พ. 65]; 11(1): 15-26. เข้าถึงจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/245820>
- 3.ลิลา ผาติธสง-ชัยภานิจ. การวิเคราะห์เพื่อหามลพิษทางอากาศในอนุภาคฝุ่น ในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน. หอสมุดแห่ง
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 65]; 11(1): 3-9. เข้าถึงจาก: http://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:85665
- 4.วรรณพร สุริยะคุปต์. การศึกษาพัฒนาการของรูปแบบโรงพยาบาลสาธิตการแพทย์แผนไทย วทิยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและ
การแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. วารสารสหวิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต].
2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 65]; 11(1): 3-9. เข้าถึงจาก: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jmhs1_s/article/view/254469
- 5.ธีรนนท์ ธัญชัย, ยิงยง เทาประเสริฐ และศิวพงษ์ ต้นสุวรรณวงศ์. การพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์ยาแผนไทยโดยใช้เทคโนโลยี
สมัยใหม่ กรณีศึกษา ตำรับยาชำระน้ำเหลือง. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 11: 71-77. จังหวัดนครศรีธรรมราช;
วทิยาลัยเทคโนโลยีภาคใต้
- 6.ปรีพัช เงินงาม. การลดอาการกำเริบของโรคหืดด้วยสมุนไพรหนุมนานประสานกาย. [วิทยานิพนธ์การแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต].
เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2562.
- 7.ธีรนนท์ ธัญชัย, ยิงยง เทาประเสริฐ, กันยานุช เทาประเสริฐ, ศิวพงษ์ ต้นสุวรรณวงศ์ และทวิศักดิ์ หลีแก้วสาย. แนวทางการ
ผลิตยาแผนไทย โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ สำหรับการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์แผนไทย. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รทธรศน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ย. 66]; 9(1): 88-103. เข้าถึงจาก: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/258178>
- 8.ธีรนนท์ ธัญชัย. การศึกษากระบวนการผลิตยาให้ร่วมสมัย . [วิทยานิพนธ์การแพทย์แผนไทยดุขฎิบัณฑิต]. เชียงราย:
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2565.
- 9.กมลทิพย์ กรรไพบระ. ผลของการใช้มอลโตเด็กซ์ทรินต่อคุณภาพของน้ำชาเจ้เหมขงพร้อมดื่มสำเร็จรูป. วารสารวิทยาศาสตร์
บูรพา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ย. 66]; 25(3): 1067-1082. เข้าถึงจาก: <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/science/article/view/6926>
- 10.ศิวพงษ์ ต้นสุวรรณวงศ์, นภาพร ณ อุโมงค์, พรพรรณ ก้อใจ และจินตนา นันตะ. การตรวจสอบมาตรฐานพืชสมุนไพรที่มีฤทธิ์ยา
หืด กรณีศึกษาเมล็ดชุมเห็ดไทย. วารสารหมอยาไทยวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ย. 66]; 6(4): 115-129.
เข้าถึงจาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ttm/article/view/259764>
- 11.พระยาพิศณุประสาทเวช. ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1-2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศุภการจำรูญ; 2551.
- 12.บุษบา ประภาสพงศ์ และคณะ. ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวัฒนธรรมของชาติ.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ สกสค. ลาดพร้าว; 2551.

- 13.สุนันทา ศรีโสภณ, จันคนา บุรณะโอสธ, และอุทัย โสธนะพันธ์. การพิสูจน์เอกลักษณ์ของเครื่องยาจันทน์ชะมดด้วยวิธีโครมาโทกราฟีแบบชั้นบาง. วารสารไทยเภสัชวิทยนิพนธ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ย. 66]; 11(1): 47-57. เข้าถึงจาก: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/TBPS/article/view/55678>
- 14.สมปอง วงษาสุข. ความรู้โรคหืดของผู้ดูแล และระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ในคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 65]; 6(4): 151-157. เข้าถึงจาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/253438>
- 15.ณัฐกิตติ พงศ์ไกรสิทธิ์. การศึกษาศักยภาพและบทบาทของการแพทย์แผนไทยในบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ของ กรณีตัวอย่าง : การเสริมการรักษาโรคหืดด้วยสมุนไพรหนุमानประสานกาย. [วิทยานิพนธ์การแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2564.
- 16.ณัฐพร พิมจันทร์. การศึกษาแนวทางการรักษาโรคหืดหอบให้สอดคล้องกับภาวะผู้ป่วยแต่ละรายตามหลักการแพทย์แผนไทย. [วิทยานิพนธ์การแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2564.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านบัวโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

Development of Diabetes Care Guidelines of Ban Bua Sub-District Health Promotion Hospital by using the Chronic Care Model

(Received: September 4, 2023 ; Revised: September 11, 2023 ; Accepted: September 14, 2023)

เจริญชัย หมีนห่อ¹ ชินกรณัฏ์ แตนกาไสย อรุณา แก้วเกิด² ธงชัย อามาศยบัณฑิต

Chreonchai Muanhour Chinnakorn Dankasai Onuma Kaewkerd Thongchai Amatayabundit

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวาน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำพ.ส.ต. เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ป่วย อสม. 3) แบบบันทึกการประชุม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาคได้เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired- t test

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 94.83 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย 1) การตรวจเลือดประจำปี การตรวจจอประสาทตา ตรวจอาการขาที่เท้า 2) ปรับการรักษาโดยทีมแพทย์ประจำปี 3) เสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้ 4S ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี 4) นัดติดตามผลเลือดซ้ำในผู้ป่วยที่ผลการตรวจเลือดผิดปกติและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยทุก 3 เดือน ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .009

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

The purpose of this action research was to analyze Situation of Diabetic Care and Development of Diabetes Care Guidelines of Ban Bua Sub-District Health Promotion Hospital by using a chronic patient care model. The samples were diabetic patients, village health volunteers, and public health officers at the Health Promotion Hospital. Data were collected by the tool contains 1) interview form for diabetes patients, health volunteers and public health officers 2) questionnaires for group discussions for diabetes patients, health volunteers and 3) meeting record forms. Validate the quality of the tool by finding content validity and Cronbach's reliability was .88. Data were analyzed using descriptive statistics and paired-t test.

The results showed that Knowledge of diabetes of most diabetic patients was at high level , representing 94.83 %. The patient's self-care behavior was at a good level. Guidelines for diabetes care include: 1) annual blood testing, retinal examination, Check for foot numbness 2) Adjust the treatment by the medical team annually 3) Empowerment by using 4S to reduce blood sugar levels in patients with poor blood sugar control 4) Repeat follow-up appointments in patients whose blood test results The patient's blood sugar level was monitored every 3 months. Clinical results after using the guideline for diabetes care showed that the mean cumulative blood glucose (HbA1C) before and after the guideline was different. statistically significant at the .009 level

Key words: Guidelines, diabetic patients

¹ พย.ม. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

² พร.ด. อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงและสำคัญมากของโลก ปัจจุบันเนื่องจากอัตราการป่วยด้วยโรคนี้มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบันประชากรที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกคาดว่าจะมีประมาณ 171 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 366 ล้านคนในปี 2030 และเพิ่มเป็น 415 ล้านคน ในทุกประเทศในปี 2035 จะมีคนเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอีก 1.1 ล้านคน ในแต่ละปี¹² และร้อยละ 90- 95 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานปีละประมาณ 3.2 ล้านคน หรือ 8700 คน ต่อวันหรือทุก 6 คนใน 1 นาที¹¹ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ คาดคะเนความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน โดยคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจาก 220 ล้านคนใน ค.ศ. 2000 เป็น 151 ล้านคนใน ค.ศ. 2025 โดยประมาณการณ์ว่าประเทศกำลังพัฒนาในแถบทวีปเอเชียจะมีอัตรา เพิ่มสูงที่สุดในจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณร้อยละ 90¹ โดยเบาหวานชนิดนี้เป็นปัญหาสำคัญอย่างมากในประเทศกำลัง พัฒนาซึ่งขาดแคลนทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันโรค และการให้การรักษาผู้ป่วยอย่าง เพียงพอซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตสูงขึ้น สำหรับประเทศไทยจากการรายงานสำรวจสุขภาพคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปพบว่า มีคนป่วยเบาหวานประมาณ 4.4 ล้านคน ซึ่งอัตราป่วยโรคเบาหวานของ ไทยมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ถึง พ.ศ.2561 คือ 1292.79 , 1344.95 และ1439.04 คน ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 12.2 เท่านั้น²

จากข้อมูลที่มีอยู่ในประเทศต่างๆ และของ องค์การอนามัยโลก พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ อัตราการป่วยมากขึ้นนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ชีวิตในสังคมที่เร่งรีบ การแข่งขัน การดื่มร่น การใช้สารเคมีทาง

การเกษตร เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพของ คนก็เปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกันทั้งการบริโภคอาหาร ที่มีไขมัน คาร์โบไฮเดรต มากเกินไป การบริโภคผัก ผลไม้ น้อยลง การขาดการออกกำลังกาย การพักผ่อน ไม่เพียงพอ¹² โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ทำให้ระดับน้ำตาล ในเลือดสูงกว่าปกติ ถ้าปล่อยให้เป็นโรคนาน ๆ ก็ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมายทั้ง ภาวะ ไตวาย ตาบอด ขาปลายมือปลายเท้า เกิดแผลที่เท้า ถูกตัดปลายเท้า โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือด สมอง และภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเป็นการเปิด โอกาสให้เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่ายขึ้นด้วย ซึ่ง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวเป็นภาวะที่ต้องดูแล รักษาระยะยาวและต้องใช้ทรัพยากรทั้งบุคลากร เจ้าหน้าที่ งบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษา ทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมามากมาย ทั้ง ทางด้านภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยเอง และผู้ดูแล ด้าน เศรษฐกิจที่ต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาและ การเสียโอกาสในการทำงานหารายได้

จังหวัดนครพนมมีอัตราการป่วยด้วย โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ถึง 2561 มีอัตราการป่วยดังนี้ 957.87, 890.57 และ 1,008.12 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ³ จากการ สํารวจปี พ.ศ. 2563 พบว่าจังหวัดนครพนมมีผู้ป่วย เบาหวานจำนวน 37,650 คน คิดเป็น 5,175.92 คน/ แสนประชากรและเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มี ภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่างจำนวน 15,879 คน คิดเป็น 2,182.12 คน/แสนประชากร ซึ่งถือว่าอยู่ ในระดับสูงเมื่อเทียบกับในระดับชาติ ส่วนผู้ป่วย เบาหวานในเขตตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัด นครพนม ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัวพบว่ามีอยู่ทั้งหมด 405 คน คิดเป็น 5,793.16 คน / แสนประชากร และเป็น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 193 คน คิดเป็น 2,760.69 คน /แสนประชากร ซึ่งพบว่ามีอยู่ ในระดับสูงเช่นกัน³ ส่วนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน ชุมชนเป็นรูปแบบการดูแลตามระบบที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัวและโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดให้บริการตามระบบซึ่งมีข้อจำกัดบางประการเช่น การดูแลเชิงรุกที่บ้านที่ยังไม่ทั่วถึงไม่ครอบคลุมเนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อยแต่ภาระงานมากมีมากงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติ โดยเฉพาะการสร้างความรู้ความตระหนักให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพซึ่งจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้อัตราผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลดลงได้ ทั้งนี้ เพราะมีปัจจัยที่สามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคเบาหวานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้มีหลายประเด็นทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเองให้เหมาะสม การสนับสนุนช่วยดูแลจากคนในครอบครัวและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน รวมทั้งระบบบริการด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งถ้าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีประสิทธิภาพที่ดีพอก็จะช่วยลดการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ดีขึ้น

ดังนั้นการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนมีความสอดคล้องกับวิถีของชุมชนจึงน่าจะเป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาน้อยลงซึ่งจะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติได้เป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการ

ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อจะได้นำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการจัดกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งคาดหวังว่าจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยในชุมชนลงและช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นและดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาศาสนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ทำการศึกษาโดยมีผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 31 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด จำนวน 50 คน ซึ่งดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2565 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและผู้ร่วมวิจัย

ประชากร (population) หมายถึง ประชากรผู้ที่อาศัยใน หมู่ที่ 3 และ 4 ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว

ผู้ร่วมวิจัย (Participants) หมายถึง กลุ่มของประชากรที่คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ 3 และ 4 ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ผู้

ที่มีความยินดีและความสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยแสดงเจตนารมณ์ด้วยวาจาและลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ส่วนผู้ร่วมศึกษาที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองก่อนให้อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มผู้ร่วมศึกษาทั้งหมด 3 กลุ่มดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่มีภูมิลำเนาอยู่บ้านบัวหมู่ 3 และหมู่ 4 ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวน 31 คน

1.2 สามารถสื่อสาร และ ตอบคำถามได้โดยไม่มีโรคหรือความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การพูด และไม่มีปัญหาด้านจิตใจซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์

1.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่วิจัย

2. เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมจำนวน 4 คน ที่รับผิดชอบหมู่บ้านเป้าหมาย รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง และงานเบาหวาน

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานหมู่ 3 และหมู่ 4 ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมจำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 3) แบบสัมภาษณ์อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 4) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 5) แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ 6) แบบบันทึกการประชุมสรุปประเด็นปัญหาในการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ผู้ดูแล การใช้สิทธิในการรักษา สถานบริการที่รับบริการ ภาวะ สุขภาพของผู้ป่วย โรคหรืออาการแทรกซ้อนปัจจุบัน ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 23 ข้อ เกี่ยวกับความรู้ในด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป และเท้า และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นข้อคำถามด้านบวก 17 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ ให้ ผู้ป่วยเลือกตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 17 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป และเท้า และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นข้อ คำถามด้านบวก 3 ข้อ ส่วนข้อคำถามด้านลบ 4 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ (1) ไม่ปฏิบัติตาม หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลยในสัปดาห์ (2) น้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์ (3) บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น 3-4 วันต่อ สัปดาห์ (4) บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์และ (5) ประจํา หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1 วัน 1 - 1

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการใช้บริการของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 7 ข้อเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้บริการของผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะของคำตอบ เป็นแบบ ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด



2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน 2) พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 3) การช่วยเหลือและการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน 4) การเข้าถึงระบบบริการ 5) บริการสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์สุขภาพชุมชน 6) ความต้องการและความคาดหวังจากการมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

3. แบบสัมภาษณ์อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวาน รายได้ ภาวะเศรษฐกิจของ ครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 23 ข้อ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นข้อคำถาม ด้านบวก 17 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ เป็น ให้ผู้ป่วยเลือกตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 14 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 4 คำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ (1) ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลยในสัปดาห์ (2) น้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์ (3) บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์ (4) บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์ และ (5) ประจำ หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 7 วัน

4. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม อาสาสมัครอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 1)

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน 3) การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

5. แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงานในคลินิกเบาหวาน การอบรม ประชุม เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แนวคำถามถึงมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 1) นโยบายและเป้าหมายของหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2) บทบาทหน้าที่ในคลินิกเบาหวาน 3) การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน 4) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน .

6. แบบบันทึกการประชุมสรุปประเด็นปัญหาในการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วยครั้งที่ สถานที่ และวัน เดือน ปี ที่ประชุม รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม และรายละเอียด การประชุม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลา 5 เดือน โดยใช้วิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินการในการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ดำเนินการจัดการสนทนากลุ่มรวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง ประกอบด้วย 1) สนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 2 ครั้ง 2) สนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 ครั้ง และ 3) สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว 1 ครั้ง

2 การสัมภาษณ์ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) โดยเลือกผู้ถูกสัมภาษณ์แบบเจาะจงจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละกลุ่มจำนวน 16 คน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

จำนวน 10 คน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และการสังเกตพฤติกรรมที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อค้นพบจากการวิจัยจะถูกยกคำพูดบางส่วน ของกลุ่มเป้าหมายมาเพื่อสนับสนุนข้อค้นพบนั้น ๆ

2.ทดสอบความนัยสำคัญของความแตกต่างค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ paired- t test

จริยธรรมในการวิจัย

เลขที่ใบรับรองจริยธรรม คือ 54/65 Exp. ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2565 ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม

สรุปผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 อายุเฉลี่ย 64.00 ปี (SD=7.452) มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 58.1 จบการศึกษาระดับชั้น ประถมศึกษา ร้อยละ 80.6 ประกอบอาชีพทำ เกษตรกรรม ร้อยละ 64.5 รายได้โดยเฉลี่ย 2,419.35 บาท/เดือน (SD= 1200.949) ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย 9.65 ปี (SD=8.023)

2.ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า โดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.83 โดยส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมส่วนด้าน ที่ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ระดับน้อยคือความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลแผลที่เท้าและการรับประทานยาที่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 17.23

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.83 , SD= 3.09) เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อพบว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติได้ดีเหมาะสมมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ 1) การไม่รับประทานยาเบาหวานควบคู่กับการใช้ยาสมุนไพร ($\bar{X}$ = 5.00 , SD= 0.000) 2) การไม่ลด ขนาดยาเบาหวานที่รับประทานเมื่ออาการดีขึ้น ($\bar{X}$ = 4.97 , SD = 0.17) และ 3) การรับประทาน ยาเบาหวานตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่งและการไปตรวจตามนัด ($\bar{X}$ = 4.87, SD= 0.718) ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) การหลีกเลี่ยงการรับประทาน ขนมหวาน โดยรับประทานให้น้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.23, SD= 0.805) 2) การออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ($\bar{X}$ = 2.97, SD= 0.752) และ 3) การรับประทานแป้งน้ำตาลที่พอดีกับความ ต้องการของร่างกายและการอบอุ่นร่างกายก่อน ออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 3.09, SD= 0.907) และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่เหมาะสมและเคร่งครัดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในช่วงแรกหลังจากวินิจฉัยเป็นเบาหวานใหม่ๆ ในด้านการควบคุมอาหารและ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมและเคร่งครัดอย่าง ต่อเนื่องคือการรับประทานยาและการไปตรวจตามนัด ส่วนพฤติกรรมปฏิบัติตนเหมาะสมบ้างเป็นบางครั้งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ได้แก่การจัดการความ เครียดการตรวจเท้าเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการเกิดแผลที่เท้า

4.แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดให้บริการเป็น 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และ 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายเก่า โดยแต่ละรูปแบบมีแนวทางในการปฏิบัติการให้การดูแลดังนี้

4.1.แนวปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีขั้นตอนในการดำเนินการดังต่อไปนี้



1) การดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในกลุ่มประชาชนที่มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานของชุมชนโดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) ซึ่งต้องงดน้ำงดอาหารก่อนมาตรวจอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

2) พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์แปลผลการตรวจน้ำตาลในเลือด (DTX) ของประชาชนผู้มาตรวจคัดกรองเบาหวาน โดยจะแบ่งผลการตรวจออกเป็น 2 กลุ่มคือ 2.1) DTX น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 mg % จัดอยู่ในกลุ่ม น้ำตาลปกติอนุญาตให้กลับบ้านได้ 2.2) DTX มากกว่า 100 mg% จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พยาบาลจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์แล้วนัดมาตรวจน้ำตาลในเลือดซ้ำ

3) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ซ้ำโดยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์

4) วิเคราะห์แปลผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

4.1) กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลงหรือลดลงจากเดิมน้อยกว่า 30 mg% และยังมีค่า DTX มากกว่า 126 mg% ดำเนินการส่งตัวเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม

4.2) กลุ่มที่ระดับน้ำตาล ในเลือดมีการเปลี่ยนแปลงลดลงจากเดิมมากกว่า 30 mg% แต่ยังมีมากกว่า 126 mg % แนะนำให้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอีก 1 ครั้ง โดยให้เวลาในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมอีก 2 สัปดาห์

5) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด มาซ้ำครั้งที่ 2 และวิเคราะห์แปลผล ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 mg% ถือว่าอยู่ใน กลุ่มปกติไม่ต้องดำเนินการใดๆ แต่ถ้าระดับน้ำตาลใน

เลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg %ดำเนินการส่งตัวไปตรวจและรักษาที่โรงพยาบาล นครพนม

4.2 การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายเก่า
แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานรายเก่ามีขั้นตอนในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพ ดำเนินการเจาะเลือดเพื่อติดตามผลการรักษาและติดตามภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานประจำปีและดำเนินการส่งเลือดไปตรวจที่โรงพยาบาลนคร พนม

2) ตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาและตรวจอาการที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานก่อนหิมแพทย์และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลนครพนม ออก ตรวจอย่างน้อย 1 เดือน

3) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ความดันโลหิต น้ำหนักวัดรอบเอวของผู้ป่วยเบาหวานก่อนที่แพทย์ และทีมสหวิชาชีพจาก โรงพยาบาลนครพนม ออกตรวจอย่างน้อย 3 วัน

4) บันทึกผลการตรวจเลือด การผลการ ตรวจตา ตรวจเท้า ความดันโลหิต น้ำหนัก และความยาวรอบเอวของผู้ป่วยลงในผู้ป่วยนอก (OPD Card) และสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานให้เรียบ ร้อยครบถ้วน

5) นัดผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

6) ทีมแพทย์และสหวิชาชีพจาก โรงพยาบาลนครพนมออกตรวจผู้ป่วยเบาหวานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยแพทย์ทำหน้าที่ตรวจและให้การรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เภสัชกรทำหน้าที่แนะนำและจ่ายยาตามแผนการ รักษาและพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

9) เจาะเลือดเพื่อติดตาม ภาวะแทรกซ้อน ซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลเลือดผิดปกติมากและนัดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ทุก 3 เดือนที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีการดำเนินการดังนี้ ประชุมปฏิบัติการผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนัก

และเห็นความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) โดยการจัดอบรมได้มีการประเมินความรู้ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานในมิติต่าง ๆ และใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย 4 S โดยมีกระบวนการดังนี้ 1) Self- analysis ให้วิเคราะห์ทบทวนเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานและร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) Self-awareness ให้ร่วมกันสรุปประเด็นผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในมิติต่าง ๆ 3) Self Determinant ให้ร่วมกันจัดทำแนวทาง วิธีการในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยกระบวนการนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีส่วนร่วมในการออกแบบวิธีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายใต้บริบทของผู้ป่วยเบาหวานเอง 4) Self- Control ให้ร่วมกันจัดทำแนวทางการควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ให้ได้โดยการจัดทำสมุดบันทึกการควบคุมอาหารให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานติดสติ๊กเกอร์สีกลุ่มอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ การบันทึกการออกกำลังกายในแต่ละครั้งที่ออกกำลังกาย และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยมาติดตามให้กำลังใจและติดตามการปฏิบัติตน

การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับ น้ำตาลในเลือดสะสมเพิ่มขึ้นจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 12.90 มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในเลือดคงที่จำนวน 15 รายคิดเป็นร้อยละ 48.39 และมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในเลือดลดลง จำนวน 12 รายคิดเป็นร้อยละ 38.71 และจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .009 ($t=2.787$, $p=.009$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ(N=31)		ก่อนใช้แนวปฏิบัติ(N=31)		Pair t test	p-Value
	M	SD	M	SD		
HbA1C	8.49	1.905	8.23	1.791	2.787	.009

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 อายุเฉลี่ย 64.00 ปี ($SD=7.452$) มีสถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 58.1 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.6 ประกอบอาชีพทำเกษตรกรรม ร้อยละ 64.5) รายได้โดยเฉลี่ย 2,419.35 บาท/เดือน ($SD=1200.949$) ระยะเวลาที่ป่วยด้วย โรคเบาหวาน โดยเฉลี่ย 9.65 ปี ($SD=8.023$) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของประชุมพร

กวีกรณ์และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 มีอายุเฉลี่ย 57.68 ปี ($S.D.=11.64$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.0 มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 55.6 และการศึกษาของประธาน ศรีจุล

ฮาด (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.7) อายุเฉลี่ย 59.05 ± 8.05 ปี ระยะเวลาการป่วย มากกว่า 5 ปี ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 8.31 ± 4.39 ปี

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า โดยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมากถึงร้อยละ 94.83 โดยมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ส่วนด้านที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลแผลที่เท้าและการรับประทานยาที่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 17.23 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณาเดีย หะยีปะจิและพิสิษฐ์ พวยพุ่ง (2562)⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจติดตาม ระดับน้ำตาลที่กองการแพทย์เทศบาลนครเชียงราย ที่พบว่าความรู้ด้านโรคเบาหวานซึ่งคะแนนถูกแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 ของจำนวนข้อสอบ (ร้อยละ 53.1) และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 50-80) และระดับสูง (คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80) คิดเป็นร้อยละ 34.7, 12.2 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.83$, $SD = 3.09$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติได้ดีเหมาะสมมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ 1) การไม่รับประทานยาเบาหวานควบคู่กับการใช้ยาสมุนไพร ($\bar{X} = 5.00$, $SD = 0.000$) 2) การไม่ลด ขนาดยาเบาหวานที่รับประทานเมื่ออาการดีขึ้น ($\bar{X} = 4.97$, $SD = 0.17$) และ 3) การรับประทาน ยาเบาหวานตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่งและการไปตรวจตามนัด ($\bar{X} = 4.87$, $SD = 0.718$) ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) การหลีกเลี่ยง

การรับประทาน ขนมหวาน โดยรับประทานให้น้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.23$, $HD = 0.805$) 2) การออกกำลังกายอย่าง น้อยวันละ 30 นาที ($\bar{X} = 2.97$, $SD = 0.752$) และ 3) การรับประทานแป้ง น้ำตาลที่พอดีกับความ ต้องการของร่างกาย และการอบอุ่นร่างกายก่อน ออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.09$, $SD = 0.907$) และ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และเคร่งครัดในการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ดีในช่วงแรกหลังจากวินิจฉัยเป็นเบาหวานใหม่ๆ ในด้านการควบคุมอาหารและ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมและเคร่งครัด อย่างต่อเนื่อง คือการรับประทานยาและการไป ตรวจตามนัด ส่วนพฤติกรรมปฏิบัติตนเหมาะสม บ้างเป็นบาง ครั้งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ได้แก่ การจัดการความเครียด การตรวจเท้าเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเกิด แผลที่เท้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณาเดีย หะยีปะจิและพิสิษฐ์ พวยพุ่ง (2562)⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจติดตามระดับ น้ำตาลที่กองการแพทย์เทศบาลนครเชียงราย ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 81.6 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 18.4)

4. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ
กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประชุมปฏิบัติการผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ(empowerment) โดยการจัดอบรมได้มีการประเมินความรู้ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด การรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานในมิติต่าง ๆ และใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย 4 S โดยมีกระบวนการดังนี้ 1) Self- analysis ให้วิเคราะห์

ทบทวนเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานและร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) Self-awareness ให้ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันสรุปประเด็นผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในมิติต่าง ๆ 3) Self Determinant ให้ผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกันจัดทำแนวทาง วิธีการในการปฏิบัติตนสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีส่วนร่วมในการออกแบบวิธีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายใต้บริบทของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานเอง 4) Self- Control ให้ที่ประชุมร่วมกันจัดทำแนวทางการควบคุมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้โดยการจัดทำสมุดบันทึกการควบคุมอาหารให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานติดสติ๊กเกอร์สีกลุ่มอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ การบันทึกการออกกำลังกายในแต่ละครั้งที่ออกกำลังกายและให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยมาติดตามให้กำลังใจและติดตามการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งสอดคล้องกับกึ่งกมล พุทธบุญ (2562) ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1 และ 2 โดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยดำเนินการดังนี้ 1) การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาและความต้องการของครอบครัว 2) การประชุมสะท้อนคิดอย่างมีวิถีนวนา วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเพื่อให้เข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมบริบทตนเองและลงมือปฏิบัติ และ 4) ประเมินผลการปฏิบัติรวมทั้งปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้

5. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนและ

หลังการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเพิ่มขึ้นจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 12.90 มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในเลือดคงที่จำนวน 15 รายคิดเป็นร้อยละ 48.39 และมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในเลือดลดลง จำนวน 12 รายคิดเป็นร้อยละ 38.71 และจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สถิติ paired - t test พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .009 ($t=2.787$, $p=.009$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโชติกา พลายหนู และคณะ (2561)⁵ ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมปรับตัวและลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้แบบมีส่วนร่วมสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) การศึกษาของสลิดา รันนันท์และพาพร เหล่าสีนาท (2562)⁹ ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ 0.5 % และการศึกษาของอุมากร ใจยังยืน, สุภาภรณ์ วรอรุณและสาวตรี ศิริผลวุฒิชัย (2564)¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อน



การใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.35 (SD=0.26) และภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.14 (SD=0.64) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบมีความยุ่งยากในการนำไปปรับใช้กับแต่ละหน่วยบริการ ควรศึกษาบริบทและข้อจำกัดของแต่ละองค์ประกอบก่อนการนำหลักการนี้ไปใช้ดำเนินการ

1.2 ก่อนการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการให้เอื้อต่อการดำเนินการให้มากที่สุดทั้งด้านนโยบายของโรงพยาบาล ระบบข้อมูลด้านสุขภาพการปรับแนวความคิดการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ

โรงพยาบาลให้เข้าใจหลักคิดของ CCM ก่อนการนำมาปฏิบัติ

1.3 เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีตามที่คาดหวังหลังการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลักคิดของ CCM ต้องมีการดำเนินการพัฒนาและปฏิบัติการทั้ง 6 องค์ประกอบไปควบคู่กันไปอย่างดีและสนับสนุนซึ่งกันและกันทั้ง 6 องค์ประกอบ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลต่อระบบหรือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

2.2 ควรพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัย 6 ด้านของ CCM ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานว่ามีผลช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร

2.3 ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: บริษัท โอโมชั่น อาร์ต จำกัด 2560; 3-10.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2559 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: [http:// www.thaincd.com](http://www.thaincd.com).
- กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล HDC.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://lri.hdc.moph.go.th>.
- กึ่งกมล พุทธิบุญ. (2562). ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 1 และ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562. 38(1): 127-136.
- โชติกา พลายนุ, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กมลทิพย์ ชลัษณ์ธรรมนิยม, สุธีร์ รัตนมงคลกุล. การเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวและลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2561; 32(1):137-56.
- ณเดียง หะยิปะจิ และพิสิษฐ์ พวยพุ่ง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลที่กองการแพทย์เทศบาลนครเชียงราย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. 20(3): 83-94.
- ประชุมพร กวีรัตน์ และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 4(3) : 307-323.
- ประธาน ศรีจุลฮาด. (2563). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลร่อนคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 13(2): 454-460.



- 9.สลิดา รันนันท์และพาพร เหล่าสีนาท. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 16(3): 138-148.
- 10.อุมากร ใจยังยืน, สุภาภรณ์ วรอรุณและสาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 35(2): 94-108.
- 11.American Diabetes Association. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standard of medical care in diabetes-2019. Diabetes Care 2019; 42 (Suppl 1): S90-S102
- 12.World Health Organization. Global report on diabetes. World Health Organization; 2019.



ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

Effect of Pharmaceutical Care on Drug Therapy-Related Quality of Life Among Diabetic patients at Charoen Sin Hospital, Sakon Nakhon Province

(Received: September 3, 2023 ; Revised: September 9, 2023 ; Accepted: September 11, 2023)

ปรเมษฐ์ พรหมพินิจ¹
Paramet Prompinit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (Quasi experimental design; One Group Pre-Test Post-Test Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อปัญหาการใช้ยาระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ก่อนและหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 70 คน ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม 2565 ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม Patient-Related Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy Quality of life (PROMT-QoL)

ผลการศึกษา: เมื่อเปรียบเทียบนัดครั้งที่ 4 กับนัดครั้งที่ 1 (ระยะเวลา 6 เดือน) พบว่า การบริหารทางเภสัชกรรมส่งผลให้จำนวนปัญหาการใช้ยาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.380$) คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาบางมิติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ในมิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรค ($p\text{-value} < 0.05$) ในมิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา ($p\text{-value} < 0.01$) มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา ($p\text{-value} < 0.001$) มิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยา ($p\text{-value} = 0.010$) มิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา ($p\text{-value} < 0.001$) และคะแนนรวมคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาทั้งแบบสอบถาม ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา การบริหารทางเภสัชกรรม PROMPT-QoL เบาหวาน

ABSTRACT

This study is a quasi-experimental research. Single group pre-test post-test design (Quasi experimental design; One Group Pre-Test Post-Test Design) without control group. The objective is to evaluate the effect of pharmaceutical care on drug use problems. blood sugar level Accumulated sugar levels in the blood and results in quality of life from drug use Before and after receiving pharmaceutical care for diabetic patients The sample consisted of 70 patients with type 2 diabetes who received services at the diabetes clinic. Charoensin Hospital Sakon Nakhon Province During January Until December 2022, assess quality of life regarding drug use using a questionnaire. Patient-Related Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy Quality of life (PROMT-QoL)

Results: Effects of Pharmaceutical Care Services evaluated the 4th and 1st appointments (period 6 months) and found that the mean number of DRPs and FBS decreased significantly ($p\text{-values} < 0.05$ and < 0.001), but HbA1c decreased not significantly ($p\text{-value} = 0.380$). Scores significantly improving drug therapy-related quality of life were in domain 2: medicine and disease information ($p\text{-value} < 0.05$), domain 3: satisfaction with medication effectiveness ($p\text{-value} < 0.01$), domain 5: psychological impacts ($p\text{-value} < 0.001$), domain 6: convenience ($p\text{-value} = 0.01$), domain 9: overall QoL ($p\text{-value} < 0.001$) and the total score ($p\text{-value} < 0.001$).

Keywords: Drug therapy-related quality of life, Pharmaceutical care, PROMPT-QoL, Diabetes

¹ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่า สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วย 463 ล้านคนและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่าง และยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ¹ จากการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่ามีความชุกเบาหวานสูงถึงร้อยละ 9.5 ในกลุ่มประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป² เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของ ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาระเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ³

การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรงที่มีต่อการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามที่ต้องการ และเพิ่มคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย การค้นหาปัญหาที่เกิดจากจากการใช้ยาหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น การแก้ไขปัญหที่เกิดจากการใช้ยาและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา⁴ โดยเภสัชกรผู้ป่วยนอกมีบทบาทอย่างมากเรื่องการติดตาม การใช้ยาโดยเป็นผู้มีหน้าที่ดูแลด้านยา ของผู้ป่วยตั้งแต่วินิจฉัยจนกระทั่งขั้นตอนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ความท้าทายที่สำคัญคือเภสัชกรต้องทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และวิชาชีพเดียวกันที่อยู่ต่างจุดบริการ โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกันคือเพื่อให้การใช้ยาของผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นไปอย่างถูกต้องตามข้อบ่งใช้ มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยสูงสุดมีความ

สะดวกในการบริหารยาของผู้ป่วย และได้รับยาที่เหมาะสมกับสิทธิการรักษา บทบาทแรกของระบบการติดตามการใช้ยา คือ การเตรียมผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ผู้รักษาสามารถตัดสินใจวางแผนการรักษาได้ดี ต่อเนื่องมากขึ้น และทำให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง โดยใช้หลักฐานจากข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีคุณภาพสูง⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริหารทางเภสัชกรรมส่งผลที่ดีต่อผู้ป่วยเบาหวานทั้งในด้านผลลัพธ์ด้านคลินิกและเศรษฐศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ อีกทั้งยังช่วยลดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน⁷ และทำให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (drug related problem; DRPs) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเป็นผลเนื่องจากการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ อันเป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่ต้องได้รับการจัดการและป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยเป็นบทบาทหน้าที่ของ เภสัชกรในการค้นหา ติดตาม ป้องกันปัญหาเกี่ยวกับยา ซึ่งจะนำไปสู่การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น⁹

การศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน พบว่า การจัดการด้านยาโดยเภสัชกรสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นทั้งระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมันในเลือด และปัญหาจากการใช้ยา รวมถึงมีคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาที่ดีขึ้น¹⁰

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) หมายถึง การประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเองอย่างไร ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความสำคัญ เนื่องจากแสดงถึงผลลัพธ์ในการดูแล

ผู้ป่วยแบบองค์รวมและการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง¹¹ สำหรับคุณภาพชีวิตการใช้ยาเป็นการประเมินผลลัพธ์อย่างหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹² โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (Patient-Reported Outcomes Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life; PROMPT-QoL) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยพรหมทิพา ศักดิ์ทอง¹³ และมีการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL พบว่า การบริหาร-ทางเภสัชกรรมส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยรวมดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

จากนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพในบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานจากเดิมซึ่งเป็นการบริการสุขภาพเชิงรับไปสู่มิติการให้บริการสุขภาพเชิงรุก ตามแผนจัดระบบบริการสุขภาพ สาขาบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลแบบใกล้บ้านโดยทีม สหวิชาชีพ เภสัชกรเป็นอีกบทบาทหนึ่งในทีม สหวิชาชีพที่ช่วยค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ดำเนินการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาการใช้ยาในกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วย ตามแนวคิดของการบริหารทางเภสัช โดยเภสัชกรจะทำการค้นหาปัญหาการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้น และค้นหาแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา การรักษาด้วยยา เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาและป้องกันปัญหาการใช้ยา¹⁴

โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาพยาบาล¹⁵ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2,565 ราย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับอำเภอเจริญศิลป์ โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดของผู้มารับบริการ และมักพบปัญหาจากการใช้ยา เนื่องจากต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และอาจพบโรคร่วมหลายโรค อันนำไปสู่ปัญหาจากการใช้ยาหลายชนิดรวมกัน อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา โดยใช้

แบบสอบถาม PROMPT-QoL รวมถึงปัญหาการใช้ยาและผลลัพธ์ผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการทบทวนและพัฒนางานบริหารทางเภสัชกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อปัญหาการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยเปรียบเทียบปัญหาการใช้ยา ผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด) และผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาระหว่างก่อนและหลังให้การบริหารทางเภสัชกรรม

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (Quasi experimental design; One Group Pre-Test Post-Test Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ณ คลินิกเบาหวาน (แผนกผู้ป่วยนอก) โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างเดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565 และผ่านเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ต่อเนื่องกันนานกว่า 6 เดือน 2) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และ 3) รับทราบรายละเอียดของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมโครงการตลอดการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและ

ความเข้าใจ โดยดูจากบันทึกในเวชระเบียนและการประเมินจากผู้วิจัย 2) ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และ 3) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากงานวิจัยด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ใช้สถิติ t-test โดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7¹⁶ เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับ การบริหารทางเภสัชกรรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ร้อยละ 80 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดของอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันมีขนาดของอิทธิพล เท่ากับ 0.39¹⁷⁻¹⁸ ซึ่งเป็นขนาดของอิทธิพลขนาดกลาง¹⁹ การคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน และคำนวณเพิ่มสำหรับการออกจากการศึกษา (withdraw) ร้อยละ 20 ดังนั้น ต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. งานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมาแล้ว และผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยนี้จากผู้พัฒนาแล้ว งานวิจัยนี้จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT-QoL ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย พรพนทิพา ศักดิ์ทอง¹³ เพื่อใช้สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 43 ข้อ ได้แก่ มิติที่ 1 มีการประเมินทัศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 1) และคุณภาพชีวิตการใช้ยาทั้งหมด 8 ด้าน (42 ข้อ) ดังนี้ มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรคที่เป็น จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 2-10) มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 11-13) มิติที่ 4 การได้รับผลกระทบจากอาการ

ข้างเคียงของยา จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 14-21) มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 22-30) มิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 31-33) มิติที่ 7 การมียาให้ใช้/การเข้าถึงการใช้ยา จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 34-37) มิติที่ 8 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่มีต่อแพทย์เภสัชกรหรือพยาบาล จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 38-40) และมิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 41-43) แบบสอบถาม PROMPT-QoL มีตัวเลือกตอบ 2 แบบ ดังนี้ 1) ตัวเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ก. ข. ค. และ ง. สำหรับประเมินทัศนคติทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 1 ข้อ 2) ตัวเลือกตอบแบบมาตราส่วน (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 1 - 5 คะแนน สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตการใช้ยาในด้านต่างๆ จำนวน 42 ข้อ ซึ่งมีการคิดคะแนน คือ คะแนนในแต่ละด้าน = $100 \times [(\text{ผลรวมคะแนนจากข้อคำถามในด้านเดียวกัน} - \text{คะแนนน้อยที่สุดที่เป็นได้ในด้านนั้น}) / (\text{คะแนนมากที่สุดที่เป็นได้ในด้านนั้น} - \text{คะแนนน้อยที่สุดที่เป็นได้ในด้านนั้น})]$ คะแนนน้อยที่สุดที่เป็นได้ในคุณภาพชีวิตการใช้ยาแต่ละด้าน คือ 0 คะแนน และ คะแนนมากที่สุดที่เป็นได้ในคุณภาพชีวิตการใช้ยาแต่ละด้าน คือ 100 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และ ในทางกลับกันคะแนนต่ำ หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่า

2. แบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย และแบบติดตามผลการดำเนินการแก้ปัญหา

ขั้นตอนการวิจัย

1. การประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทบทวนกระบวนการทำงาน รวบรวมข้อมูล ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินงานตามโครงการวิจัย

2. การบริหารทางเภสัชกรรม

2.1 การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา รวมไปถึงมีการสัมภาษณ์ข้อมูลการใช้ยา และการปฏิบัติตัว และประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ในการนัดหมายเดือนที่ 0, 2, 4 และ 6

2.2 การวิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยวิเคราะห์ปัญหาจากการใช้ยาตาม Cipolle และคณะ^{6,18} ทุกครั้งในการนัดหมายทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง

2.3 ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลเฉพาะ ในกลุ่มศึกษาที่พบปัญหาจากการใช้ยา หรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาจากการใช้ยา เพื่อพิจารณากำหนดวิธีการ เป้าหมาย ในแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาโดยคำนึงถึงผลด้านการรักษา และผลด้านความปลอดภัยในการใช้ยา พร้อมทั้งดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. การติดตามและประเมินผล ติดตามผู้ป่วยกลุ่มศึกษาทุกครั้งที่นัดหมาย

4. สรุปผลการดำเนินงาน โดยวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังให้การบริหารทางเภสัชกรรม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ ข้อมูลลักษณะพื้นฐาน ณ การนัดหมายครั้งที่ 1 (เดือนที่ 0) โดยการศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนา และแสดงข้อมูลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL ประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและแสดงข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ในกรณีเป็นข้อมูลที่มีการกระจายปกติใช้ Paired t-test แต่หากมีการกระจายไม่ปกติใช้ Wilcoxon Signed Rank test โดยกำหนดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ในการศึกษานี้ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) พบว่า ตัวแปรตามมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ และตัวแปรต้นตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้อยู่ภายใต้รหัสโครงการ 009-2563 เอกสารรับรองโครงการวิจัยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2021-012 วันที่รับรอง 25 มิถุนายน 2565

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 77 คน ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาถอนตัวจากการวิจัยในช่วงนัดพบแพทย์เดือนที่ 2 จำนวน 5 คน เหตุผลคือไม่สะดวกเนื่องจากใช้เวลา ประเมินนาน 3 คน ย้ายที่อยู่ 1 คน และย้ายโรงพยาบาล 1 คน ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาถอนตัวจากการวิจัย ในช่วงนัดพบแพทย์เดือนที่ 6 จำนวน 2 คน เนื่องจากไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยกลุ่มศึกษาได้ ดังนั้น จึงมีผู้ป่วยกลุ่มศึกษาเข้าร่วมวิจัยนี้จนเสร็จสิ้น จำนวน 70 คน โดยไม่มีกลุ่มควบคุม

1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 71.40) อายุเฉลี่ย 68.97 ± 3.97 ปี ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 66 คน (ร้อยละ 94.30) สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้สูงอายุ จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 90.00) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 54.30) กลุ่มตัวอย่างที่จัดเตรียมและหยิบยาเอง จำนวน 52 คน (ร้อยละ 74.3) โรคร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 45 คน (ร้อยละ 64.3) ไขมันในเลือดสูง 52 คน (ร้อยละ 74.3) กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม 2 ชนิดขึ้นไป 50 คน (ร้อยละ 71.4) จำนวนรายการยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับต่อวันเฉลี่ยเท่ากับ 6.09 ± 1.32 ชนิด/วัน ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกัน 2 ชนิด จำนวน 42 คน (ร้อยละ 60.0)

2. การให้การบริหารทางเภสัชกรรม การเก็บข้อมูลเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มศึกษาที่พบปัญหาจากการใช้ยา มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งวิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ด้วยการวิเคราะห์ปัญหาจากการใช้ยาตามหลัก Cipolle และคณะ^{6,18} ในการนัดหมาย 4 ครั้ง (เดือนที่ 0, 2, 4 และ 6) เพื่อพิจารณากำหนดวิธีการ รวมถึง

เป้าหมายในแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาโดยคำนึงถึงผลด้านการรักษาและความปลอดภัยในการใช้ยา พร้อมทั้งให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบางกรณีอาจต้องใช้วิธีของการบริบาลทางเภสัชกรรมมากกว่า 1 วิธีเพื่อแก้ปัญหามาจากการใช้ยา เช่น การให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคล หรือรายกลุ่ม ประสานผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มศึกษา รักษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนการรักษา รักษา ร่วมกับทีมและผู้ป่วยกลุ่มศึกษาในการส่งตัวผู้ป่วยกลุ่มศึกษากลับมารักษาในโรงพยาบาล การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มศึกษา เป็นต้น หลังจากนั้นดำเนินการวางแผนในการติดตามและประเมินผลการ

แก้ปัญหามาจากการได้รับการบริบาลทาง เภสัชกรรม โดยทำการประเมินในการนัดหมายครั้งถัดไป

3. ผลลัพธ์การศึกษา ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย การนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) ปัญหาจากการใช้ยาเฉลี่ยต่อราย เท่ากับ 0.243 ± 0.432 ปัญหา ส่วนในการนัดครั้งที่ 4 (เดือน 6) ลดลงเหลือ เท่ากับ 0.100 ± 0.302 ปัญหา และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัญหาการใช้ยานัดครั้งที่ 4 (เดือน 6) และครั้งที่ 1 (เดือน 0) พบว่า ค่าเฉลี่ยของปัญหาการใช้ยาลดลง เท่ากับ 0.143 ± 0.572 ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.040$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบก่อนและหลังจากได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม

นัดครั้งที่	ปัญหาจากการใช้ยา (ปัญหา)	ปัญหาจากการใช้ยาเฉลี่ยต่อราย (ปัญหา)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่างระหว่างเฉลี่ย	p-value*	ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยครั้งที่ 4 และครั้งที่ 1	p-value**
1 (เดือน 0)	17	0.243	0.432	-	-	-0.143 ± 0.572	0.040
2 (เดือน 2)	11	0.157	0.367	-0.086	0.260		
3 (เดือน 4)	6	0.086	0.282	-0.071	0.228		
4 (เดือน 6)	7	0.100	0.302	-0.014	0.784		

* p-value เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัญหาการใช้ยานัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) กับครั้งที่ 2 (เดือน 2), ครั้งที่ 2 (เดือน 2) กับครั้งที่ 3 (เดือน 4) และครั้งที่ 3 (เดือน 4) กับครั้งที่ 4 (เดือน 6)

** p-value เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปัญหาการใช้ยานัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) และนัดครั้งที่ 4 (เดือน 6)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังจากได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม

ผลลัพธ์ทางคลินิก	นัดครั้งที่ 1 (เดือน 0)	นัดครั้งที่ 2 (เดือน 2)	นัดครั้งที่ 3 (เดือน 4)	นัดครั้งที่ 4 (เดือน 6)	ความแตกต่างระหว่างนัดครั้งที่ 1 และ 4	p-value*
	(ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)					
Fasting Blood Sugar (FBS) (mg/dL)	162.43 ± 6.73	132.90 ± 11.80	138.41 ± 11.22	158.44 ± 5.33	-3.99 ± 6.54	<0.001
HbA1c (mg%)	7.16 ± 0.15	-	-	7.14 ± 0.16	-0.02 ± 0.16	0.380

* p-value เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาล นัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) และนัดครั้งที่ 4 (เดือน 6)

4. ผลลัพธ์ทางคลินิก การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด) ก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในนัดครั้งที่ 4 (เดือน 6) กับนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดนัดครั้งที่ 4 ต่ำกว่านัดครั้งที่ 1 เท่ากับ 3.99 ± 6.54 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างนัดครั้งที่ 4 กับนัดครั้งที่ 1 ลดลง 0.02 ± 0.16 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.380$) ดังตารางที่ 2

5. คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประเมินด้วย PROMPT-QoL เปรียบเทียบระหว่างนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) และนัด

ครั้งที่ 4 (เดือน 6) การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) และนัดครั้งที่ 4 (เดือน 6) เฉลี่ยเท่ากับ 16.8 ± 3.2 และ 15.4 ± 2.4 นาที ตามลำดับ การประเมินทัศนคติทั่วไปในการใช้ยาของกลุ่มผู้ป่วยศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้ยาแผนปัจจุบันมากที่สุด รองลงมาคือใช้ทั้งยาแผนปัจจุบันร่วมและใช้แพทย์ทางเลือกร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 18.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาก่อนและหลังให้การบริบาลทาง- เภสัชกรรม ในนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) กับ นัดครั้งที่ 4 (เดือน 6) พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาเฉลี่ยรวมของกลุ่มผู้ป่วยศึกษาเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อีกทั้ง มิติของ PROMPT-QoL ที่คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้นโดยวัดความแตกต่างระหว่างนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) ก่อนให้การบริบาลทาง- เภสัชกรรม และ 4 (เดือน 6) หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ได้แก่ มิติที่ 2 การ

ได้รับข้อมูลยาและโรค ($p\text{-value}$ เท่ากับ 0.020) มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา ($p\text{-value} = 0.009$) มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา ($p\text{-value} < 0.001$) มิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยา ($p\text{-value} = 0.010$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ทัศนคติทั่วไปในการใช้ยา (การประเมินก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0)) ($n = 70$)

ทัศนคติทั่วไปในการใช้ยา	จำนวน (ร้อยละ)
ก. ใช้ยาแผนปัจจุบัน	42 (60.0)
ข. ใช้แพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพร อาหารเสริม นวด ฝังเข็ม ทำสมาธิ ออกกำลังกาย เป็นต้น	9 (12.9)
ค. ใช้ทั้ง ก และ ข ร่วมกัน	18 (25.7)
ง. ต้องการใช้วิธีอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมา	1 (1.4)

ตารางที่ 4 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ($n = 70$)

PROMPT-QoL*	นัดครั้งที่ 1 (เดือน 0)	นัดครั้งที่ 4 (เดือน 6)	ความแตกต่างระหว่างนัด ครั้งที่ 1 และ 4	p-value**
	คะแนนเฉลี่ย ($\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
มิติที่ 2	71.63 ± 5.61	73.93 ± 4.23	2.30 ± 8.09	0.020
มิติที่ 3	72.86 ± 6.29	75.71 ± 7.87	2.86 ± 8.85	0.009
มิติที่ 4	84.24 ± 3.74	84.68 ± 4.29	0.45 ± 5.08	0.465
มิติที่ 5	80.20 ± 4.31	83.77 ± 4.50	3.57 ± 4.41	< 0.001
มิติที่ 6	81.90 ± 6.01	82.86 ± 6.48	0.95 ± 3.02	0.010
มิติที่ 7	81.90 ± 6.01	82.14 ± 5.72	0.24 ± 5.49	0.718
มิติที่ 8	90.36 ± 4.63	90.83 ± 5.34	0.48 ± 5.29	0.454
มิติที่ 9	79.76 ± 6.89	80.83 ± 5.74	1.07 ± 5.29	0.095
คะแนนรวม	163.51 ± 3.85	174.36 ± 3.26	10.84 ± 4.13	< 0.001

*: มิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรค มิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา มิติที่ 4 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากยา มิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา มิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยา มิติที่ 7 การมีรายได้/การเข้าถึงการใช้ยา มิติที่ 8 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษา และมิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา แต่ละมิติมีคะแนนเต็ม 100 ยกเว้นคะแนนรวมมีคะแนนอยู่ระหว่าง 42-210 คะแนน

** : Paired t-test

6. การบริบาลทางเภสัชกรรม การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในการนัดหมายเดือนที่ 0, 2, 4 และ 6 รวมทั้งหมด จำนวน 4 ครั้ง ในการแก้ไขปัญหา

จากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย รวมจำนวนทั้งสิ้น 59 ครั้ง การบริบาลทางเภสัชกรรม ได้แก่ การให้คำปรึกษาเฉพาะราย ประสานผู้เกี่ยวข้องในการดูแล

ผู้ป่วยกลุ่มศึกษา ปรีกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนการรักษา ปรีกษาร่วมกับทีมและผู้ป่วยกลุ่มศึกษาในการส่งตัวผู้ป่วยกลุ่มศึกษากลับมารักษาในโรงพยาบาล การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มศึกษา เป็นต้น โดยส่วนใหญ่ใช้การให้คำปรึกษาเฉพาะราย จำนวน 41 ครั้ง มักพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยบ่อยที่สุด ซึ่งในการแก้ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา ต้องอาศัยการบริหารทางเภสัชกรรมมากกว่า 1 วิธีในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา เช่น การให้คำปรึกษาเฉพาะรายร่วมกับการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มศึกษา การให้คำปรึกษาเฉพาะรายพร้อมประสานผู้เกี่ยวข้องในการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาร่วมกับการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มศึกษา

อภิปรายผลการศึกษา

1. ผลลัพธ์ด้านปัญหาการใช้ยา

จากการศึกษาผลลัพธ์ด้านปัญหาการใช้ยา พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (non-medication adherence) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีจำนวนยามากกว่า 5 รายการ จึงส่งผลทำให้เกิดการสับสนในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา พุ่มสว และคณะ¹⁸ และผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุใช้วิธีจำรายการยาที่เคยใช้มาก่อน โดยไม่อ่านฉลากยา ส่งผลให้การใช้ยาไม่ถูกต้องเมื่อมีการปรับยา ทั้งนี้ การให้การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นการค้นหาปัญหา วางแผน แก้ไขเรื่องการใช้ยา เพื่อให้การรักษาเป็นไปตามเป้าหมายและปลอดภัยจากการใช้ยา โดยวิธีการส่วนใหญ่ที่ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มศึกษา คือ การให้คำปรึกษาเฉพาะราย หรือประสานผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มศึกษา ในกรณีต้องปรับเปลี่ยนยาหรือแผนการรักษาอื่น ๆ จะใช้วิธีปรึกษาแพทย์เพื่อการปรับเปลี่ยนยาหรือการรักษา ในบางกรณี ต้องใช้การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มศึกษาร่วมด้วย จากวิธีการบริหารข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาด้านยา จำเป็นต้องใช้วิธีที่หลากหลายจึงจะสามารถแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาได้

การศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งทำการเก็บข้อมูลจากการสอบถามการใช้ยาและ

พฤติกรรมการใช้ยาเท่านั้น แต่ไม่มีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา เช่น แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา สำหรับคนไทย Medication Taking Behavior in Thai (MTB-Thai) ซึ่งพัฒนาโดยพรณทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ²⁰ ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวสามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา โดยสามารถแปลผลเป็นคะแนน และระดับความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ใช้เป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ตัวแปรทางสถิติ การวางแผนการบริหาร-ทางเภสัชกรรมในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มศึกษาได้

2. ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก

จากการศึกษาผลลัพธ์ทางด้านคลินิก มีดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ในนัดครั้งที่ 4 (เดือน 6) กับนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่ง FBS เป็นค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่จะสะท้อนถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดว่าผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีในช่วงไม่กี่วันก่อนมารับการตรวจ ซึ่งใช้การเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลที่ให้ผู้ป่วยงดอาหารก่อนตรวจ 8 ชั่วโมง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผลการตรวจมีระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าลดลง แต่อยู่ในช่วงที่ควบคุมได้ไม่ดี แต่ไม่ได้สะท้อนถึงผลลัพธ์ระยะยาวของการทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ดังเช่นระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

2. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ในนัดครั้งที่ 4 (เดือน 6) กับนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) มีค่าลดลงเพียงเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.380$) ซึ่งค่า HbA1c สะท้อนถึงการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดช่วง 3 เดือนย้อนหลัง มีความน่าเชื่อถือมากกว่า FBS แต่มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า การวัดค่า FBS โดยแนวทางการตรวจ HbA1c ของคลินิกโรคเบาหวาน กำหนดให้ตรวจประจำปีได้ 2 ครั้งต่อปี และห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้วัดค่า HbA1c จำนวน 2 ครั้ง คือในนัดครั้งที่ 4 (เดือน 6) กับนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) และการบริหารทางเภสัชกรรมในการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาเพียง 6 เดือน จึงยังไม่เห็นผลความแตกต่าง

อย่างชัดเจน จึงควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางด้านคลินิก ระยะเวลา นานมากกว่า 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา พุ่มสว และคณะ¹⁸ อีกทั้ง การศึกษานี้ได้คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยศึกษา โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งเน้นศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ปัญหาด้านการใช้ยา เป็นหลัก แต่ยังคงขาดการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การควบคุมอาหาร²¹ การจัดการความเครียด²² และ กิจกรรมทางกาย²³ เป็นต้น

3. คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) ทั้งสองครั้ง ไม่เกิน 20 นาที โดยแบบสอบถามที่ใช้เวลาในการตอบมากกว่า 20 นาที ซึ่งจะมีผลให้มีอัตราการตอบลดลงได้¹³

จากการศึกษา โดยใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL ในนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) พบว่า มิติที่ 1 ทศนคติทั่วไปในการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา ส่วนใหญ่มีการใช้ยาแผนปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศพร แสงทองอโณทัย และพรพรรณทิพา ศักดิ์ทอง⁶ รองลงมา คือมีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับใช้แพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพร นวด เป็นผลจากการนโยบายของจังหวัด สกลนครและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครที่กำหนดให้มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด สกลนคร จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการ ด้วยการแพทย์ทางเลือกได้

ในส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา ซึ่งเปรียบเทียบในนัดครั้งที่ 4 (เดือน 6) กับนัดครั้งที่ 1 (เดือน 0) ในมิติที่ 2 การได้รับข้อมูลยาและโรค เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.020$) จึงแสดงถึงการบริหารทาง เภสัชกรรมมีผลต่อคะแนน ในมิตินี้ โดยการประเมินโดยใช้แบบสอบถาม PROMPT-QoL ก่อนการให้การบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยกลุ่มศึกษายังมักพบปัญหาเรื่องชื่อยา วิธีการใช้ยา วิธีปฏิบัติตัวเมื่อลืมใช้ยา รวมถึงอาการข้างเคียง

จากการใช้ยา ซึ่งหลังจากให้การบริหารทางเภสัชกรรม เกี่ยวกับข้อมูลและการแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยจึงส่งผลให้คะแนนในมิตินี้เพิ่มสูงขึ้น

ในมิติที่ 3 ความพึงพอใจต่อผลของการใช้ยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.009$) แสดงถึงการบริหารทางเภสัชกรรมมีผลต่อคะแนนในมิตินี้ โดยเภสัชกรได้ให้การบริหาร-ทางเภสัชกรรมในเรื่องประสิทธิผลของการใช้ยาในโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยกลุ่มศึกษา ซึ่งคะแนนในมิตินี้มีส่วนช่วยให้ผู้ให้ การบริหารตั้งข้อสังเกตและนำไปสู่การแก้ปัญหาการใช้ยาได้

ในมิติที่ 4 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจาก ยา โดยคะแนนในมิตินี้สะท้อนเกี่ยวกับเรื่องอาการข้างเคียง ผลกระทบที่ส่งผลแก่ผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนไหว การนอน ความจำ ผิวพรรณ การรับรส การย่อยอาหาร การมองเห็น การได้ยิน การมีเพศสัมพันธ์ การทำงาน เป็นต้น โดยอาการข้างต้น อาจเกิดจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาตามมาได้ แต่การศึกษานี้พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในมิติที่ 4 ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากยา เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.465$) แสดงถึงการ บริหารทางเภสัชกรรมไม่ส่งผลต่อคะแนนในมิตินี้

ในมิติที่ 5 ผลทางด้านจิตใจของการใช้ยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงถึงการบริหารทางเภสัชกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลหรือกลัวเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น อาการข้างเคียงจากยา การปรับเปลี่ยนชนิดยา ความแรงยา การใช้ยาจำนวนมาก เป็นต้น ส่งผลต่อคะแนนในมิตินี้ ซึ่งเป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

ในมิติที่ 6 ความสะดวกในการใช้ยา โดย การศึกษานี้จำนวนครั้งของการบริหารทาง- เภสัชกรรมที่มากกว่า และระยะเวลาของการบริหารทาง เภสัชกรรมในการศึกษานี้ใช้เวลา 6 เดือนจึงวัด ประเมิน จึงส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.010$)

ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัย ของ ทศพร แสงทองโณทัย และพรณทิพา ศักดิ์ทอง⁶

ในมิติที่ 7 การมียาให้ใช้/การเข้าถึงการใช้ยา และในมิติที่ 8 ความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่มีต่อหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.718$ และ 0.454 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า การบริหารทางเภสัชกรรมไม่ส่งผลต่อคะแนนในมิตินี้ แต่คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในมิตินี้ ทั้งก่อนและหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรมมีค่าคะแนนมากกว่า 80 คะแนน ซึ่งมีค่าสูง ซึ่งปัญหาในเรื่องการมียาให้ใช้/การเข้าถึงการใช้ยา หรือความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาที่มีต่อหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล น้อย จึงส่งผลให้ไม่เห็นความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาในมิติทั้งสองข้างต้น

ในมิติที่ 9 คุณภาพชีวิตโดยรวมของการใช้ยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการบริหารทาง- เภสัชกรรมส่งผลต่อคะแนนในมิตินี้

จากการศึกษานี้ จะเห็นได้ว่าคะแนนรวมคุณภาพชีวิตของการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศพร แสงทองโณทัย และพรณทิพา ศักดิ์ทอง⁶ และการศึกษาของ วิฑิตมา พงษ์สวย และคณะ¹⁸ แต่มีบางการศึกษากลับพบว่าการบริหาร-ทางเภสัชกรรมไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากหลายเหตุ เช่น ระยะเวลาใน การบริหาร

ทางเภสัชกรรม จำนวนตัวอย่งน้อยเกินไป หรือเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต เป็นต้น¹³

ข้อเสนอแนะ

1. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรปรับการเก็บข้อมูลให้มีความกระชับ ไม่รบกวนเวลาผู้ป่วยมากเกินไป อาจใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) ฉบับย่อ ซึ่งมีจำนวนข้อของแบบสอบถามน้อยกว่าฉบับเต็ม และใช้เวลาตอบแบบสอบถามเพียงประมาณ 5 นาที หากใช้เวลาในการสอบถามผู้ป่วยน้อยลง อาจใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับสั้น แบบสอบถามสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มเติม ซึ่งมักพบปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ

2. ผลลัพธ์ทางด้านปัญหาการใช้ยา ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา อาจไม่เหมือนการศึกษาในระยะยาว ดังนั้น ควรศึกษาและเก็บเก็บข้อมูลที่นานขึ้นมากกว่า 6 เดือน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง อาจมีปัจจัยอื่นนอกจากผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางด้านปัญหาการใช้ยา ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ได้สละเวลาเข้าร่วมการวิจัยนี้ จึงส่งผลให้งานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ, คณะบรรณาธิการ. รายงานประจำปีของกองโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564. หน้า 73.
2. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564. หน้า 6.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น ที่เดีย จำกัด; 2560. หน้า 45-93.
4. ลิขิต ผลดี. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่แผนก ไตเทียม โรงพยาบาลบุณทรึก. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2564;6(2):69-80.

5. ประยุทธ ภูวรัตน์วิจิตร. บทบาทของเภสัชกรคลินิกผู้ป่วยนอกในการเตรียมผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=75>
6. ทศพร แสงทองอโณทัย และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยนอก. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560;9(1):157-170.
7. ศศิธร ศิริวรราชัย. การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/1604>
8. อัญญา พิตขุนทด. การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินโรงพยาบาลบ้านด่าน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2566;38(1):237-246.
9. ศศิธร กิจไพบูลย์ทวี. การบริหารทางเภสัชกรรม บนหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2560;31(3):369-83.
10. วาริ จตุรภัทรพงศ์ และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. ผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน. วารสารไทย เภสัชศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ 2556;8(4):133-142.
11. ภัทริน สุกัญญาเศรษฐ์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และวิชช์ เกษมทรัพย์. การวิเคราะห์ข้อคำถาม ความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินผลลัพธ์ด้านการรักษาด้วยยาที่ได้จากการรายงานของผู้ป่วย สำหรับคุณภาพชีวิตด้านยา ณ โรงพยาบาลรามารามธิบดี 2558;10(2):49-58.
12. วิภาพร มั่นปาน และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. คุณภาพชีวิตการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารแพทย์ทหารบก 2558;68(2):51-60.
13. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. การพัฒนาเครื่องมือการบริหารด้านยา คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
14. ภาณุ วิริยานุทัย และคณะ. ผลการบริหารเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2565;2(2):40-58.
15. กลุ่มนโยบายและวิชาการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร. สถานการณ์ทางสังคมจังหวัดสกลนคร ประจำปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/download/article/article_20210402135936.pdf
16. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149-60.
17. ศุภวรรณ ฤกษ์ฤทธิ์. ผลการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่รับการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิบางแม่งาน = The Outcome of pharmacist participation in multidisciplinary team to develop primary health care service system for Diabetic patients at Bang Mae Nang Primary Care Unit / ศุภวรรณ ฤกษ์ฤทธิ์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่; 2549.
18. ฐิติมา พุ่มสว, นราวิธ เนียมพูน และชาไพร โพธิ์สุยะ. ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในระบบบริการปฐมภูมิด้วยกระบวนการ "การทำงานของเภสัชกรในการบำบัดด้านยา". วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2564;13(2):215-230.
19. Lakens D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. Front Psychol. 2013;4:863.
20. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Suksanga P. Development and psychometric testing of the medication taking behavior tool in Thai patients. Int J Clin Pharm. 2016;38(2):438-45.
21. อูสา พุทธรักษ์ และเสาวนันท บำเรอราช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้างปลา จังหวัดเลย. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;3(1):19-35.
22. ฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล เมืองโสม. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556;6(3):102-9.
23. ดวงใจ พันธุ์อารีวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลบาลแพ จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2561;37(4):294-305.

การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา (Nursing care of Septic shock patients at Kalasin Hospital : A study)

(Received: September 14,2023 ; Revised: September 19,2023 ; Accepted: September 20,2023)

นิตยา ดาวเชิณ¹

Nittaya Daochearn

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาล ผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย และเพื่อเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ศึกษาโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2 ราย และเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา พบว่า

กรณีศึกษาที่1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ68ปี อาการสำคัญ ไข้ ไอ ปวดแน่นท้องหายใจหอบเหนื่อย เป็น ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน ประวัติโรคร่วม ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประวัติการรับประทานยาต่อเนื่อง พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลผู้ป่วยผ่านพ้นปัญหาภาวะช็อกแต่ยังมีอาการหอบเหนื่อยได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ ยาปฏิชีวนะและจัดการภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัยผ่านพ้นระยะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายโดยส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 74 ปี อาการสำคัญ เหนื่อยอ่อนเพลีย ทานอาหารไม่ได้ ปวดตามร่างกายเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 7 วัน ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูง รับประทานยาต่อเนื่อง ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลผู้ป่วยมีภาวะช็อก การหายใจล้มเหลว ร่วมกับมีความดันโลหิตต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะเลือดเป็นกรด และมีภาวะสารน้ำผิดปกติ ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้ยาปฏิชีวนะและแก้ไขภาวะช็อก รวมทั้งการจัดการภาวะแทรกซ้อน ขณะรับการรักษาอาการผู้ป่วยทรุดลง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ระดับความรู้สึกตัวลดลง การทำงานของอวัยวะล้มเหลว ญาติมีความประสงค์ต้องการรักษาแบบประคองประคอง

คำสำคัญ : ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด, การพยาบาลผู้ป่วย

ABSTRACT

This study was case study. Aimed to study and compare the symptoms, treatment, complications and nursing care of patients with septic shock, two case studies, and to propose guidelines for caring for patients with septic shock. Study by selective selection Two patients were diagnosed by a doctor as having septic shock and were admitted to the internal medicine department. Kalasin Hospital.

The results of the study found that

Case study 1 Thai female patient, age 68 years, main symptoms are fever, cough, abdominal pain, shortness of breath, shortness of breath, symptoms 2 days before coming to the hospital. History of co-morbidities History of co-morbidities, diabetes, high blood pressure History of continuous medication intake See the doctor at every appointment. While the patient was in care, the patient had overcome the shock problem but still had symptoms of shortness of breath and was treated with the use of a ventilator. Antibiotics and managing complications Patients safely pass the critical period. No complications Symptoms gradually improved Doctors sell by referring to community hospitals.

¹โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Case study 2, female patient, age 74 years, main symptom is fatigue and fatigue. Can't eat Body pain that occurred 7 days before coming to the hospital, history of co-morbidities high blood pressure Receive medication intermittently While the patient was in the care of the patient, he was in shock. respiratory failure along with low blood pressure high blood sugar levels Acidosis and had abnormal fluid levels Received treatment using a ventilator. Give antibiotics and correct shock. including management of complications While receiving treatment, the patient's condition deteriorated. not responding to treatment The level of consciousness is lowered. organ failure The relative wishes to receive palliative care.

Keywords: septic shock, patient nursing

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิต การติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่องจนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด¹ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยนับล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดกว่า 11.00 ล้านราย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตคิดเป็น ร้อยละ 19.70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด² สำหรับในประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปีและผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 32.03 มีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย ทุก 3 นาที และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 ราย ในทุก 1 ชั่วโมง³ จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย การดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มความตระหนักของทีมผู้ดูแลถึงความรุนแรง การวินิจฉัยและการรักษา มุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ระยะแรกและมุ่งเน้นกระบวนการ

จัดการแบบเร่งด่วน การรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก (Early goal direct therapy: EGDT) โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่ น้อยกว่าร้อยละ 30⁴ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางของสมาคมบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย จากสถิติข้อมูลการเข้ารับบริการ ปี 2563-2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับการรักษา จำนวน 789, 848 และ 976 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะดูแลและเสียชีวิตจำนวน 437 (56.68), 322 (56.68), และ 305 (55.77) ตามลำดับ⁵ จากข้อมูลพบว่าดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกเริ่มในการคัดกรองภาวะติดเชื้อ การรักษาพยาบาลที่ทัน่วงที จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ส่งผลต่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นตามมา สะท้อนถึง คุณภาพ การให้บริการด้านสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

2. เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง ในผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย เข้ามาได้รับการรักษา ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ศึกษาใน ระหว่างเดือน สิงหาคม – กันยายน 2566 ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและจากการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็น กรณีศึกษา โดย ขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบาย วัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิ ของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษา เป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษา

จากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศ หญิง อายุ 68 ระดับ การศึกษา ประถมศึกษา 6 สถานภาพสมรสสมรส อาชีพ ขาวนา สิทธิการรักษา บัตรทอง ภูมิลำเนา อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษ 12 สิงหาคม 2566 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 20 สิงหาคม 2566 การวินิจฉัยโรค Sepsis การผ่าตัด ไม่มี การตรวจพิเศษ EKG, Film CXR,

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศ หญิง อายุ 74 ระดับ การศึกษา ประถมศึกษา 6 สถานภาพสมรส ส ม ร ส อาชีพ ขาวนา สิทธิการรักษา เบิกได้ ภูมิลำเนาอำเภอ สมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษ 1 กันยายน 2566 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 3 กันยายน 2566 การวินิจฉัยโรค Severe sepsis การผ่าตัด ไม่มีการ ตรวจพิเศษ EKG, Film CXR,

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	ไข้ ไอ ปวดแน่นท้อง หายใจหอบเหนื่อย เป็น ก่อนมา โรงพยาบาล 2 วัน	เหนื่อยอ่อนเพลีย ทานอาหารไม่ได้ ปวดตามร่างกายเป็น ก่อนมา โรงพยาบาล 7 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยใน ปัจจุบัน	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 5 วันก่อนมา โรงพยาบาลมี ไอ มีเสมหะขาว สี ไม่เจ็บคอ 1 วันก่อน มาโรงพยาบาลมีไข้ ไอ มากขึ้น ไอมีเสมหะเหลืองเหนียว ปวดแน่นท้อง หายใจ หอบเหนื่อยมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล	7 วัน ก่อนมา ญาติผู้ป่วยให้ประวัติเหนื่อยอ่อนเพลีย ทานอาหารไม่ได้ ปวดตามร่างกาย ไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน มีอาการเหนื่อยหอบหายใจเองไม่ได้ แพทย์รักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อมารับ การรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยพยาบาลและรถ Ambulance นำส่ง
ประวัติการ เจ็บป่วยในอดีต	ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประวัติการ รับประทานยาต่อเนื่อง พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูง ประวัติการ รับประทานยาต่อเนื่อง พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย On ET tube No 7.5 deep 21 ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ PAC Mode IP 16 RR 16 PEEP 5 FIO ₂ 0.4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/61	ผู้ป่วยรู้สึกตัวไม่ทำตามคำบอกมีอาการหายใจหอบ เหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเย็น มีผิวหนังลายลักษณะสี ม่วงที่ขาทั้ง 2 ข้าง ถึงบริเวณเข้า ปัสสาวะไม่ออก On ET tube No 7.5 deep 22 ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ PAC Mode IP 20 RR 20 IT 1.0 PEEP 5 Flow trig 2 FIO ₂



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	มิลลิเมตรปรอท ค่า O2 saturation เท่ากับ 92 สารน้ำที่ได้รับ 0.9% NSS 1000 ml vein load 500 ml in 15 min On NE 4:250 rate 10 ml/hr	0.7 สัญญาณชีพ 40 องศาเซลเซียส ชีพจร 1344 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 78/44 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีอาการไข้ หายใจหอบเหนื่อยมาก รับรู้ว่าตัวเองมีการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง	ญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย รับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย ปวดตามเนื้อตามเนื้อตามตัวและมีไข้ มีอาการมาประมาณ 7 วัน ไม่คิดว่าจะมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง
2. โภชนาการและการและการเผาผลาญอาหาร	ผู้ป่วยมีประวัติดื่มเหล้าไม่เคยสูบบุหรี่ รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ ขณะรับการรักษา ให้งดน้ำและอาหารหลังอาการคงที่รับประทานได้ ไม่มีอาเจียนหรือสำลักอาหาร	ผู้ป่วยไม่มีประวัติดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ รับประทานอาหาร 3 มื้อ ขณะรับการรักษา โรงพยาบาลให้งดน้ำและอาหาร หลัง 48 ชั่วโมง อาการคงที่ให้อาหารเป็นอาหารเหลวทางสายยาง และหลังถอดท่อช่วยหายใจให้เริ่มจากอาหารเหลว และอาหารอ่อน ผู้ป่วยทานอาหารได้
3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ขณะรับการรักษาปัสสาวะได้เอง	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาการแสบขัด ขณะรับการรักษาใส่สวนสวนปัสสาวะ
4.กิจวัตรประจำวัน	ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง มีญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในบางครั้ง	ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง ขณะรับการรักษา ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เองผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ เมื่ออาการคงที่ หลังถอดท่อช่วยหายใจ มีญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อวันไม่มีปัญหาในการนอนเมื่อมารับการรักษาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วย นอนหลับได้	นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวันไม่มีปัญหาในการนอนไม่เคยใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยนอนหลับได้เป็นช่วงๆ
6. สถิติปัญหา และการรับรู้	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 6 อ่านออกเขียนได้หลังเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยจำเหตุการณ์ได้ไม่มีอาการสับสนหรืออาการทางระบบ	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 6 อ่านออกเขียนได้ หลังเจ็บป่วยมองภาพไม่ชัดเจนและมีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน
7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ญาติผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากความชรา และคิดว่าตัวเองมีไข้ ไม่ได้ได้รับการรักษาจากแพทย์ชื่อยา มารับประทานเองจึงทำให้อาการทรุดลง	ผู้ป่วยทราบว่าการเจ็บป่วยเป็นปัญหาเรื้อรัง ไม่มีการรักษา จากกลัวตัวเองผ่าตัดแล้วตาจะบอด
8.บทบาทและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัวอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรขณะรับการรักษามีภรรยาและบุตรสาวบุตรชายคอยดูแล	บทบาทเป็นภรรยา อาศัยอยู่กับสามี บุตรสาวและบุตรชายไปอยู่กับครอบครัวที่ต่างจังหวัดไม่มีคนดูแล
9.เพศและการเจริญพันธุ์	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม ความสัมพันธ์กับภรรยาเป็นไปด้วยดี	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมความสัมพันธ์กับสามีปกติ
10.การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยแจ้งว่ามีความเครียด กลัวหลังผ่าตัดการมองเห็นจะหายไป เวลามีปัญหาจะแจ้งภรรยาและบุตรให้มารับทราบ	เมื่อมีความเครียดจะปรึกษาสามีและเพื่อนบ้านที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ

11.ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดบ้างตามโอกาส	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดวันพระและเทศกาลงานบุญ

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพเจ็บป่วย กลัวการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ ญาติวิตกกังวลกลัวผู้ป่วยหายา เครื่องช่วยหายใจไม่ได้ ประวัติการเจ็บป่วยมีโรคร่วม	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพเจ็บป่วยกลัวผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยรุนแรง ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ กังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคผู้ป่วยอายุเยอะและมีภาวะโรคร่วมขาดการรับประทานยา	กรณีศึกษา มีปัญหาด้านการการติดเชื้อในกระแสเลือดทั้ง 2 ราย มาได้รับการรักษาด้วยอาการ มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย หายใจเองไม่ได้ ต้องได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจและมีความดันโลหิตต่ำ
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจหอบเหนื่อย หายใจเองไม่ได้ มีภาวะความดันโลหิตต่ำ On ET tube No 7.5 deep 22 ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ PAC Mode IP 16 RR 16 PEEP 5 FIO ₂ 0.4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/61 มิลลิเมตรปรอท ค่า O ₂ saturation เท่ากับ 92 สารน้ำที่ได้รับ 0.9% NSS 1000 ml vein load 500 ml in 15 min On NE 4:250 rate 10 ml/hr Oxygen saturation 99% ค่า blood lactate =7 mmol/L	ผู้ป่วยรู้สึกตัวไม่ทำตามคำบอกมี อาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเย็น มีผิวหนังสลาย ลักษณะสีม่วงที่ขาทั้ง 2 ข้าง ถึงบริเวณเข้า ปัสสาวะไม่ออก On ET tube No 7.5 deep 22 ใช้เครื่องช่วยหายใจ PAC Mode IP 20 RR 20 IT 1.0 PEEP 5 Flow trig 2 FIO ₂ 0.7 สัญญาณชีพ 40 องศาเซลเซียส ชีพจร 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 78/44 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation วัดไม่ได้ ค่า blood lactate =HI mmol/L	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดภาวะแทรกซ้อนอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียน การทำงานของตับและการทำงานของไตบกพร่อง จากกรณีศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 มีความรุนแรงของโรครุนแรงกว่ารายที่ 1 จากระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต และค่า Oxygen saturation และผลการตรวจ Lactate HI ซึ่งแสดงถึงผู้ป่วยมีเซลล์ขาดออกซิเจนมาก
3.แผนการรักษา	-On ET tube No 7.5 deep 21 ใช้เครื่องช่วยหายใจ PAC Mode IP 16 RR 16 IT 1.0 PEEP 5 Flow trig 2 FIO ₂ 0.4	-On ET tube No 7.5 deep 22 ใช้เครื่องช่วยหายใจ PAC Mode IP 20 RR 20 IT 1.0 PEEP 5 Flow trig 2 FIO ₂ 0.7 ปรับเพิ่มเป็น 1.0%	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีแผนการรักษา -การใช้เครื่องช่วยหายใจทั้ง 2 ราย แต่มีความแตกต่างที่ setting ของเครื่องช่วยหายใจ กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้ ออกซิเจน 40 % รายที่ 2 ออกซิเจน 100 % แสดง

ตารางที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	-Acetar 1000ml IV rate 80 ml/hr. -7.5%NaHco3 2amp push then 2 amp+NSS 100 ml v drip in 2 hrs. -NE 4:250ml IV drip rate 10 ml/hr -Tazocin 4.5 gm IV q 6 hrs. -lactate q 6 hrs. -DTX q 6 hrs. keep 80-200mg%	-Acetar 1000ml IV rate 150 ml/hr. -7.5%NaHco3 2amp push then 2 amp+NSS 100 ml v drip in 2 hrs. -7.5%NaHco3 150 ml +5%DW 850 ml v drip 80 ml/ hrs. -NE 8:250ml IV drip rate 60 ml/hr -Magnesium 4 ml+5%DW 100 ml drip in 4 hrs.X3 day -Tazocin 4.5 gm IV q 6 hrs. -lactate q 6 hrs. -DTX q 6 hrs. keep 80-200mg% -Beradual 1 NB พ่น ทุก 6 ชั่วโมง	ถึงผู้ป่วยรายที่ 2 มีความพร้อมออกซิเจนมากกว่า -ด้านการรักษาด้วยการให้สารน้ำ ให้การรักษาด้วยสารน้ำชนิด Acetar แต่ rate การให้ในรายที่ 2 150 ml แสดงถึงผู้ป่วยมีปัญหาการช็อกมากกว่ารายที่ 1 -การรักษาด้วยการให้ยากระตุ้นความดันเลือด มีแผนการรักษาด้วยการให้ยา Norephinephrine(NE) ทั้ง 2 ราย การให้ในรายที่ 2-NE 8:250 ml IV drip rate 60 ml/hr.แสดงถึงผู้ป่วยมีความดันเลือดต่ำ -มีการติดตามการขาดออกซิเจน ด้วยการเจาะ-lactate q 6 hrs.ทั้ง 2 ราย -การควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อประเมินภาวะ Hypo-Hyperglycemia -lactate q 6 hrs. -การรักษาด้วยการให้ยา Antibiotic ยาที่ได้รับคือTazocin 4.5 gm IV q 6 hrs.

ตารางที่ 5 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะวิกฤต 1.มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อใน กระแสเลือด กรณีศึกษารายที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2	<u>การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต</u> 1) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก จาก การติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น ไข้สูง/ไม่มีไข้ ชีพจรเต้นเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น 2) ติดตาม EKG, ประเมิน V/S ทุก 30-60 นาที และ อุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ หากพบความผิดปกติ ให้บันทึกและรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา 3) ดูแล ให้สารน้ำ Acetar 1000ml IV ตามแผนการ รักษาเป็นการเพิ่ม Preload ซึ่งจะช่วยให้ มีการบีบตัวของหัวใจดีขึ้น 4) ช่วยแพทย์ U/S : IVC เพื่อประเมินความเพียงพอ ของการได้รับสารน้ำให้เพียงพอ 5) ดูแลให้ยา Levophed ตามแผนการรักษา Keep BP $\geq$ 90/60 mmHg, MAP $\geq$ 65mmHg และสังเกตอาการ ช่างเคียง จากการให้ยา เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ปลายมือปลาย เท้าเขียว และ Phlebitis เป็นต้น 6) ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อและปรับเปลี่ยนตามแผนการรักษาและ สังเกต อาการช่างเคียงจากการให้ยาได้แก่ Tazocin 4.5 gm iv q 6 hrs. ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามการตอบสนอง ต่อยา เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น

ตารางที่ 5 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7) ดูแล Retained foley's catheter ตามแผนการรักษา บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1 ชั่วโมง Keep urine output ≥ 30 mL/hr หรือ 0.5 mL/kg/hr หากพบว่าปัสสาวะออกน้อยกว่าที่กำหนดให้รายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป 8) ดูแลให้เครื่องหัวใจตามแผนการรักษาของแพทย์ Ventilator PAC Mode ตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ 9) ดูแลเจาะ DTX q 6 hrs. ตามแผนการรักษา Keep 80-200 mg% ฝ้าระวังภาวะ Hypo-Hyperglycemia 10) ติดตามผลการตรวจ CBC, electrolyte, serum lactate และ H/C ตามแผนการรักษา เนื่องจากการลดลงของค่า lactate บ่งชี้ถึงการประคับประคองการไหลเวียนเลือด (hemodynamic) ที่ดีทำให้สามารถเพิ่มการใช้ออกซิเจนระดับเซลล์ได้มีผลต่อการติดตาม การรักษา
2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากภาวะกรดจากการเผาผลาญทำให้ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง กรณีศึกษา รายที่ 1 กรณีศึกษา รายที่ 2	1) ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้าเยื่อปมูวหนัง ลักษณะการขีด เขียว เนื่องจากอาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้า เยื่อปมูวหนังลักษณะการขีด เขียว แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน 2) ดูแลช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะให้ผู้ป่วยเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง 3) วัดสัญญาณชีพทุก 15 -30 นาที เพราะการประเมินสัญญาณชีพจะทำให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่อง ออกซิเจน 4) ดูแลส่งผู้ป่วย CXR และติดตามผล รายงานแพทย์เพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและการขยายตัวของปอด 5) ดูแลให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ติดตามค่า O_2sat ดูแลพ่นยา Beradual 1NB q 6hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6) ดูแลให้ยา Tazocin 4.5 gm iv q 6hr พร้อมสังเกตอาการข้างเคียง 7) ติดตามค่า CO_2 เนื่องจากการติดเชื้อเซลล์จะมีความต้องการการใช้ ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึก มากขึ้น จนอยู่ในภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) และฝ้าระวังภาวะ metabolic acidosis และการคั่งของกรดแลคติกตามมา ส่งผลให้ เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 8) ดูแลให้ยา 7.5% $NaHCO_3$ ตามแผนการรักษา 9) ดูแลให้ยา Fentanyl 5:1 +0.9%NSS 100 mL. IV drip 5 mL/hr 10) ประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
3. มีภาวะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Electrolyte imbalance กรณีศึกษา รายที่ 1 กรณีศึกษา รายที่ 2	1) ประเมินอาการของแมกนีเซียมต่ำ เช่น อ่อนเพลีย สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เหน็บชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น กระตุก หรือหดเกร็ง จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ บุคลิกภาพ เปลี่ยนแปลง หรือชัก 2) ประเมินการทำงานของไต การเกิดภาวะคั่งของของเสียในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย บวม ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เป็นต้น เพื่อเป็นการสังเกตของเสียคั่งใน ร่างกายจะช่วยในการประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกายและให้การรักษาอย่างเหมาะสม 3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Magnesium 4 mL+5%DW 100 mL drip in 4 hrs.X3 day 4) สังเกตการเกิดภาวะของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย บวม ค้นตามร่างกาย หอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูง หากพบให้รีบรายงานแพทย์ เพื่อเป็น การฝ้าระวังอาการผิดปกติของภาวะของของเสียคั่งในร่างกาย 5) บันทึกน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชม. เพื่อเป็นการประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออก

ตารางที่ 5 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6) ประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลง และเป็นการติดตามอาการของผู้ป่วยและทำการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 7) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Mg BUN, Cr และ eGFR เพื่อเป็นการประเมินการทำงานของไต ในการกรองของเสียในร่างกาย
4.มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเนื่องจากการทำงาน ของไตบกพร่อง และการได้รับสารน้ำปริมาณมาก ในการ Resuscitation กรณีศึกษา รายที่ 1 กรณีศึกษา รายที่ 2	1) ให้สารน้ำ Acetar 1000 ml IV ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อรักษาปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด 2) บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง Keep> 30 ml/hr 3) สังเกตการดื่มน้ำ ความยืดหยุ่นของผิวหนังอาการบวมของแขนขาเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 4) ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ(CAUTI Bundle) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ 5) เจาะเลือดส่งตรวจ BUN, Creatinine และส่ง Chest X ray พร้อมติดตามผล เพื่อประเมินผลการรักษา ประเมินผลการทำงานของไตและประเมินภาวะน้ำคั่งที่ปอด
5.ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษาของแพทย์ กรณีศึกษา รายที่ 1 กรณีศึกษา รายที่ 2	1) ให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการ รักษาพร้อมลงชื่อในเอกสาร 2) ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างให้ผู้ป่วยเข้าใจในความสำคัญของอุปกรณ์ 3) แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม 4) ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆ ที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยรวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น 5) ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 6) ให้สุศึกษาญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการหายของโรคและคอย ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 7)เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และให้กำลังใจ โดยการใช้คำสุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล

ตารางที่ 6 การวางแผนจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
การวางแผนจำหน่าย	<u>การพยาบาลวางแผนจำหน่าย</u> แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก DEMETHOD ดังนี้ D: Disease ให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือดได้แก่ อาการ และอาการแสดง ได้แก่ อาการ มีไข้ ชีพจร มีอาการสับสน หายใจเร็ว เป็นต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่ควรซื้อยามาทานเอง ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษา	<u>การพยาบาลวางแผนจำหน่าย</u> กรณีศึกษา รายที่ 2 ญาติมีความต้องการรับการรักษาแบบประคับประคองเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง การพยาบาล 1. อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ การ รักษาพยาบาลให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงให้ญาติเข้าใจ

ตารางที่ 6 การวางแผนจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดเพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค M: Medication แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ T-Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษา แพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา อธิบายการ สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อน นัด เช่น ไข้สูง มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของโรคปอดอักเสบ เช่น การล้างมือ การ สัมผัสชุมชนแออัด การสัมผัสควันบุหรี่ การใส่ หน้ากากอนามัย การดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือ ก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน ติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน D-Diet ทานอาหารอ่อน และดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยขับเสมหะ ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร งดอาหารมัน	2.ประสานงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ญาติได้รับทราบข้อมูลและแนวทางการรักษา 3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. แนะนำเรื่อง D: Disease ให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือดได้แก่ อาการ และอาการแสดง ได้แก่ อาการมีไข้ ชีพจร มีอาการสับสน หายใจเร็ว เป็นต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่ควรซื้อยามาทานเอง ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษา E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดเพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค M: Medication แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ T:Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษา แพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา อธิบายการ สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อน นัด เช่น ไข้สูง มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย H: Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของโรคปอดอักเสบ เช่น การล้างมือ การ สัมผัสชุมชนแออัด การสัมผัสควันบุหรี่ การใส่ หน้ากากอนามัย การดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ O: Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือ ก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน ติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน D-Diet ทานอาหารอ่อน และดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยขับเสมหะ ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร งดอาหารมัน

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุซึ่งผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคว่าโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอันดับหนึ่งคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 25 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.65 ความรุนแรงของโรคทำให้เชื้อโรคลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและเกิดภาวะ ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในกรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำ

ให้ภูมิคุ้มกันโรคต่ำและเมื่อเกิดโรคจะทำให้โรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นกลุ่ม high risk และกรณีศึกษาได้รับการรักษาตาม CPG Sepsis เมื่อเปรียบเทียบผลรักษาการพยาบาล พบว่ามีการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วย โดยการคัดกรองภาวะติดเชื้อสามารถ early detect ภาวะ sepsis ได้ตั้งแต่ห้องฉุกเฉินและสามารถคัดกรองซ้ำได้ในหอผู้ป่วยในผู้ป่วยได้ให้ antibiotic หลังการ

วินิจฉัยและส่ง H/C serum lactate ทั้ง 2 ราย ได้รับการจัดการให้ระบบไหลเวียนโลหิต และการให้ออกซิเจนตามความรุนแรงของโรคผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับสารน้ำในปริมาณที่เหมาะสม การใช้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด และได้รับการประเมินเฝ้าระวังและติดตามสภาพความรุนแรงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การเฝ้าระวังค่าพารามิเตอร์ต่างๆรวมทั้งวิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลง และติดตามการรักษาในผู้ป่วยครบถ้วน ตั้งแต่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจนถึงการวางแผนจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผลลัพธ์ด้านการดูแลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่ได้รับการรักษาเพื่อพยุงระบบการไหลเวียนโลหิต นอกจากการให้สารน้ำทดแทนในปริมาณที่เหมาะสมและการให้ยากระตุ้นความดันโลหิตก็มีส่วนสำคัญ ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับ ยา Norepinephrine 4:250 rate 10 ml/hr อย่างรวดเร็วหลังเกิดภาวะช็อกเพื่อรักษา ให้ค่าความดันโลหิต MAP $\geq$ 65 mmHg มีผลในการลดอัตราการตาย ผลลัพธ์ที่ได้จากประสิทธิภาพในการช่วยพยุงการไหลเวียนโลหิตจากตัวยาเองส่วนหนึ่ง การส่งตรวจระดับ lactate เนื่องจากการลดลงของค่า lactate บ่งชี้ถึงการประคับประคองการไหลเวียนเลือด (hemodynamic) ที่ดีทำให้สามารถเพิ่มการให้ออกซิเจนระดับเซลล์ได้มีผลต่อการติดตามการรักษาผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ จำหน่ายผู้ป่วยโดยส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในกรณีศึกษา รายที่ 2 รายมี ระดับ lactate สูงขึ้น บ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ร่วมกับเกิดภาวะ อวัยวะทำหน้าที่บกพร่อง (Organ failure) ได้ การทำงานของไตลดลง ปัสสาวะออกน้อย ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง มีภาวะพร่องออกซิเจน O₂ sat ลดลง

ปลายมือปลายเท้าเย็น วัดออกซิเจนปลายนิ้วไม่ได้ มีขาทั้ง 2 ข้างลายปนสีม่วงถึงบริเวณหัวเข่าทั้ง 2 ข้าง ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ความดันโลหิตลดลง MAP ลดลงจาก 63 mmHg เหลือ 43 mmHg ได้รับการรักษาด้วยยา Norepinephrine 8:250 titrate 60 ml/hr ร่วมกับ Glasgow Coma scale ลดลงเหลือ เหลือ 6 คะแนน ญาติขอรับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลให้การรักษาดูแลตามแผนการรักษาและปฏิบัติการพยาบาลโดยรวดเร็ว แต่เนื่องจากความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายจึงส่งผลต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยตามมา ดังนั้น พยาบาลจะต้องให้ความสนใจอย่าง มากคือปัญหาของผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินให้ทันต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงเพื่อทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะปลอดภัย พ้นจากภาวะวิกฤตของชีวิตนอกจากนี้ต้องให้ข้อมูลอย่างถูกต้องชัดเจนเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยคลายกังวลเพราะการให้สุขศึกษา เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ความผิดปกติที่ควรรับมาพบ แพทย์การรับประทานยาและการ แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากโรคและไม่กลับมาเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทสรุป

ภาวะ Sepsis เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน มีอัตราการตายสูง หัวใจสำคัญอยู่ที่การวินิจฉัยและเริ่มให้การรักษารวดเร็ว โดยทีมที่มีศักยภาพ ความพร้อมของผู้ดูแล อุปกรณ์เครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยหายปลอดภัย ทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤต มีบทบาท สำคัญเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงเป็นผู้ประสานทีมผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยได้ ทันต่อการเปลี่ยนแปลง มีความรู้และทักษะ

ในการประเมิน ภาวะ Sepsis ที่ถูกต้องแม่นยำเข้าใจ พยาธิสภาพและการดำเนินของโรคสามารถใช้ เครื่องมือในการประเมิน คัดกรอง เพื่อดูแลรักษา ผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัว หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำและ คุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวางระบบการประเมินและเฝ้าระวังการดำเนินการตามแนวทางทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic shock และ ปรับเปลี่ยน แบบ ประเมิน New Score และแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วย ที่เหมาะสมและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาล โดยมุ่งเน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบตาม มาตรฐาน

2. ควรเน้นพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ทุก ระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางทางการดูแลและ

ผนวกเข้าโปรแกรมการ อบรมนิเทศบุคลากรใหม่และ โปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากร ระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการ ปฏิบัติตามแนว ทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic shock

3. ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแล ผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วย Sepsisเข้ารับการรักษาเพื่อ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูน ความรู้และทักษะ ของพยาบาลวิชาชีพ กรณีผลลัพธ์ในการดูแล รักษา ผู้ป่วยดี จะเป็นการเสริมพลัง หากผลลัพธ์ในการดูแล รักษาไม่ดี จะเป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุ และกระตุ้น เตือนให้ พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักในการเฝ้า ระวังกระบวนการ ดูแลผู้ป่วย

4. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตาม แนวทางการ ดูแลและป้องกันการติดเชื้อในกระแส เลือดของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำทางการพยาบาล เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปราศจากความ เสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือ ชี้แนะ สอนสาธิต และให้ คำปรึกษา แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ ที่ยุ่งยาก ซับซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2016). Global health estimates 2015 summary table. Retrieved 7 September, 2017, From http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2561). Inspection Guideline ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2566] เข้าถึงได้จาก <http://203.157.229.18/inspec/2561/inspec1>.
3. นนทรรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์ และชยธิดา ไชยวงษ์.(2563). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้;7(1): 319-330.
4. Isphani P, Pearson NJ, Greenwood D. (1987). An analysis of community and hospital acquired bacteremia in a large teaching hospital in the United Kingdom. QJ Med 1987;63:427-40.
5. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดNSTEMI และที่มีโรคร่วม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Non-ST Elevation Myocardial Infarction with underlying Disease in Kalasin Hospital: 2 Case Studies

(Received: September 15,2023 ; Revised: September 19,2023 ; Accepted: September 20,2023)

รัชนิกร เมนะรัตน์¹

Ratchaneekon Menarat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดNSTEMI และที่มีโรคร่วม เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยวิเคราะห์กรณีศึกษา เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 ราย มีความต่างกันประเด็น ดังนี้ 1)ปัจจัยส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการ เกิดโรค ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและ พฤติกรรมนอน 2)อาการและอาการแสดง 3)ภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล 4) การให้ยาขณะรับการรักษา 5) มีโรคร่วมและมีประเด็นที่ไม่ต่างกัน ได้แก่ 1)การวินิจฉัยโรค 2) การส่งต่อผู้ป่วยทำหัตถการ (ฉีดสีและสวนหัวใจ) ตามระบบ NSTEMI Referral 3) ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญ ในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ABSTRACT

This study had the objective to study nursing care for patients with NSTEMI myocardial infarction. and those with co-morbidities This is a case study of 2 patients who were admitted to Kalasin Hospital. By analyzing case studies Compare illness information Health assessment according to the Gordon Health Plan and diagnosis Important nursing care during a crisis Continuing care period and discharge planning period.

Results of the study: It was found that the two cases were different in the following issues: 1) Personal factors at risk for disease, including age, congenital diseases, eating habits, smoking, drinking alcohol and Sleeping behavior 2)Symptoms and signs 3) Complications during care 4) Giving medicine while receiving treatment 5) Having co-morbidities and having different issues, including 1) Diagnosis of disease 2) Referring patients for procedures (Angiogram and cardiac catheterization) according to the NSTEMI Referral system 3) Important nursing diagnosis problems in the crisis period, the continuous care period and the discharge planning period.

Keywords: nursing, acute myocardial infarction

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI (Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction : NSTEMI) เป็นหนึ่งในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute

Coronary Syndrome: ACS) ที่เป็นสาเหตุทำอันตรายของการตายของคนไทย และอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อันเป็นสาเหตุของ การเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ ตัน

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สำหรับประเทศไทยพบว่า แนวโน้มการเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ปีพ.ศ. 2554 มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 22.5 ต่อประชากรแสนคน ปีพ.ศ. 2560 เพิ่มมาเป็น 31.8 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทุกปี (Division of Non Communicable Diseases Ministry of Public Health, 2019) และมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI) ในปีพ.ศ.2561 ร้อยละ 10 ส่วนผู้ป่วยชนิด NSTEMI (Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction: NSTEMI) ยังมีอัตราเสียชีวิตที่ 1 ปีสูงถึงร้อยละ 25⁷ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงมีนัยสำคัญในการวินิจฉัย การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว การส่งต่อ รวมถึงการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพอันจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตในระยะยาว

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ที่มีการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยส่วนมากจะรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลต่างๆ ภายในจังหวัด และยังไม่มีเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยได้อย่างครบวงจร จึงต้องส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า จากสถิติแผนกอายุรกรรมปีพ.ศ. 2563-2565 พบว่าอันดับ 1 ใน 10 โรคที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม คือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI โดยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี สถิติปีพ.ศ. 2563 - 2565 หอผู้ป่วยอายุรกรรม รับใหม่ผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI จำนวน 218 230 และ 254 ตามลำดับ จึงสนใจ ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI และที่มีโรค ร่วม เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา การดูแลอย่างมาก อีกทั้งมีอาการและ อาการแสดงที่รุนแรง เฉียบพลัน และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่ง เป็นประเด็นท้าทายในการดูแลให้

การพยาบาลทั้งในระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งระยะวางแผนจำหน่าย เพื่อได้รับความรู้และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI และที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI และที่มีโรคร่วม กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยดำเนินการ ดังนี้

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เดือนกุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2566 จำนวน 2 ราย โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI และที่มีโรคร่วมหนึ่งโรคขึ้นไป ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากเป็นโรคที่เป็นปัจจัยต่อความรุนแรงของภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด2) รักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลและตารางวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา เปรียบเทียบ การเจ็บป่วย การประเมินสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลความเจ็บป่วยทั้ง 2 กรณี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	78 ปี	72 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	1วันก่อนมา รพ.มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมาก ปวดร้าวไปคอ กรามและแขนซ้าย คลื่นไส้	12 ชั่วโมงก่อนมา รพ. เจ็บแน่นหน้าอกมาก ปวดร้าวไปคอ ไหล่กราม เหงื่อออกตัวเย็น นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ก่อนมารพ.1วัน ขณะนอนพัก มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากและเจ็บร้าวไปคอ กรามและแขนซ้าย ไม่เคยมีอาการมาก่อน ญาตินำส่งรพ.ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG พบ inverted T V2-V6, ได้ยาขยาย หลอดเลือดหัวใจ (Isosorbide Dinitrate tab อมใต้ลิ้นได้รับ 2 dose	ก่อนมารพ. 12 ชั่วโมง ขณะนอนพักมีอาการเจ็บแปล็บๆ ในอกมากและเจ็บร้าว อาการเจ็บแน่นหน้าอกมากเจ็บปวดร้าวไปคอ ไหล่ เหงื่อออกตัวเย็น หายใจเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ เคยมีประวัติหลอดเลือดสมองตีบเมื่อ 6ปีที่แล้ว (Full Recovery) ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ ตรวจตามนัดรักษาต่อเนื่องรับยาที่ รพ.สต.ญาตินำส่ง รพ. ตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG พบ ST depress V45-V6, ได้ยาขยายหลอด เลือด (Isosorbide Dinitrate 1tab อมใต้ลิ้น 2 dose), on Oxygen mask
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	ไม่มีอาการผิดปกติ ส่วนบุคคลในครอบครัว มีสุขภาพ แข็งแรงทุกคน	เมื่อ 6ปีที่แล้ว ป่วยนอนรักษาใน รพ. ด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ รักษาต่อเนื่องจากสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ บุคคลในครอบครัว มีสุขภาพแข็งแรง
ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิเสธประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร
ประวัติการใช้สารเสพติด	ไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ติดต่อกันตลอดเกือบเวลา 20 ปี วันละครึ่งซอง/สูบบุหรี่วันละ 10 มวน/วัน	ดื่มสุราวันละ1 แก้ว มานานกว่า 50 ปีสูบบุหรี่ วันละ 1-2 ซอง นาน กว่า50 ปี
การวินิจฉัยโรค	NSTEMI	NSTEMI with Diabetes mellitus, Hypertension,Heart failure

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	1.วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพเจ็บป่วย กลัวการส่งตัวไปรับการทำการหัตถการฉีดยาและสวนหัวใจ ที่รพ.สต.ขอนแก่น	1.วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพเจ็บป่วยกลัวการส่งตัวไปรับการทำการหัตถการฉีดยาและสวนหัวใจ ที่รพ.สต.ขอนแก่น มีประวัตินอนโรงพยาบาลและตรวจร่างกายรับทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และรักษาต่อเนื่อง
2.โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	2. ไม่ได้คุมอาหาร ชอบอาหารหวานมัน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ดื่มน้ำกาแฟสำเร็จรูปวันละ 1 ซอง ก่อนออกไป ทำกิจวัตร สูบบุหรี่วันละครึ่งซอง ไม่ดื่มสุรา	2. ไม่ได้คุมอาหาร ชอบอาหารรสเค็มรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาสูบบุหรี่วันละ1-2 ซอง มากกว่า 50 ปี เพิ่งดื่มเหล้าเป็นประจำวันละ1 แก้ว มานานกว่า 50 ปี
3.การขับถ่าย อุจจาระ, ปัสสาวะ	3.ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะได้ปกติ	3.ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะได้ปกติ ระหว่างดูแลรักษาได้รับยาขับปัสสาวะ เพื่อรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปัสสาวะมากกว่าปกติและเกิดภาพโปรตีนในปัสสาวะ ท้องผูกไม่อุจจาระ มา 2 วัน ได้รับยาระบาย
4.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	4.อาชีพงานบ้าน ไม่ได้ออกกำลังกาย	4.อาชีพงานบ้านไม่ได้ออกกำลังกาย
5.การพักผ่อน นอนหลับ	5.ปกติเข้านอน กลางคืน(เข้านอนประมาณ22.00-05.00 น.และขณะอยู่โรงพยาบาลนอนไม่หลับ	5.ปกติเข้านอนกลางคืนเข้านอนประมาณ 22.00น.ตื่นประมาณ 05.00 น.ขณะอยู่โรงพยาบาลนอนไม่หลับจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและมีความกลัววิตกกังวล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	หลังจากมีความวิตกกังวลและสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย	
6.สติปัญญาและการรับรู้	6.มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการสื่อสาร	6.มีการรับรู้ที่ดี เข้าใจในการสื่อสาร
7.การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	7.มีสีหน้ากังวลและซักถามเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น และการรักษา	7.มีสีหน้ากังวลและซักถามเกี่ยวกับ โรคที่ตนเองเป็น และการรักษา
8.บทบาทและสัมพันธภาพ	8.มีสามีเป็นหัวหน้าครอบครัวมีบุตร 3 คนอยู่ร่วมกัน ในครอบครัวรักใคร่กันกันดี	8.เป็นหัวหน้าครอบครัวมีลูก 2 คน แยกย้ายไปมีครอบครัว ผู้ป่วยอยู่กับบุตรคนที่ 1
9.เพศและการเจริญพันธุ์	9.ไม่พบปัญหา	9.ไม่พบปัญหา
10.การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	10.เวลาที่มีความเครียดปรับตัวโดยการพูดคุยกับภรรยา	10.เวลาที่มีความเครียดปรับตัวโดยการโทรศัพท์คุยกับภรรยา
11.ความเชื่อและค่านิยม	11.มีความเชื่อวิถีพุทธ	11.มีความเชื่อวิถีพุทธ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบ: ปัญหาทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัย และแผนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
ระยะวิกฤต	ระยะวิกฤต	ระยะวิกฤต
1) มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง 2) เจ็บแน่นหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง	1) มีภาวะจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง 2) มีภาวะประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและมีน้ำคั่งที่ปอด ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง 3) เจ็บแน่นหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง 4) มีภาวะhyperglycemia	มีข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาล ที่ไม่ต่างกัน เนื่องจากประเด็นสำคัญของการพยาบาลระยะนี้คือผู้ป่วยปลอดภัย ลดการตายเพิ่มของกล้ามเนื้อหัวใจ ให้มีเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การทำงานของหัวใจคืนสู่ภาวะปกติ ต้องเฝ้าระวังและ ติดตามอาการใกล้ชิด ที่ต่างกันคือภาวะแทรกซ้อนของโรคร่วมของผู้ป่วยซึ่งกรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีโรคร่วมเป็น กรณีศึกษา ที่ 2 โรคเบาหวาน มีภาวะhyperglycemiaจากผลของกระบวนการสร้างกลูโคสในเลือดที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการต้านอินซูลินของอวัยวะส่วนปลาย และโรคหัวใจล้มเหลวร่วม ได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อแก้ไขภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้ง2รายได้รับการแก้ไขโดยปรับยา จนผู้ป่วยอาการดีขึ้น
1) กลัว วิตกกังวล นอนไม่หลับ จากสิ่งคุกคามชีวิต เช่นสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การฉีดยาและการสวนหัวใจ 2)การเตรียมทำหัตถการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบ NSTEMI Referral เพื่อฉีดยาและการสวนหัวใจ ให้ข้อมูลคำแนะนำก่อนส่งต่อ 3) ภาวะเลือดออกจากการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด 4) ไม่มีโรคร่วม	1) กลัว วิตกกังวล นอนไม่หลับ จากสิ่งคุกคามชีวิต เช่นสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การฉีดยาและการสวนหัวใจ 2) การเตรียมทำหัตถการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบ NSTEMI Referral เพื่อฉีดยาและการสวนหัวใจ ให้ข้อมูลคำแนะนำก่อนส่งต่อ 3)ภาวะเลือดออกจากการให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด 4) โรคร่วม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	พบว่า มี ข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่ต่างกัน ประเด็นสำคัญของการพยาบาลระยะนี้จะเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเช่น ภาวะเลือดออกจากการให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด การให้ข้อมูลเตรียมผู้ป่วยในการเตรียมฉีดยาการสวนหัวใจ ตามระบบ NSTEMI Referral ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าและการให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เข้าใจภาวะโรค แผนการรักษา และการปฏิบัติตัว ให้ความรู้ด้วยการสอนแนะแนวทางให้ผู้ป่วย
ระยะจำหน่าย	ระยะจำหน่าย	ระยะจำหน่าย



ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบ: ปัญหาทางการแพทย์ ข้อวินิจฉัย และแผนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	หัวใจล้มเหลว	ผู้ป่วยได้รับรู้ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกันการเกิดโรคและให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้ญาติร่วม ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาดังกล่าว จนอาการดีขึ้น ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การเตรียมผู้ป่วยส่งต่อ ระบบ NSTEMI Referral เพื่อฉีดสีและการสวนหัวใจ และโรคร่วม
ระยะจำหน่าย	ระยะจำหน่าย	ระยะจำหน่าย
พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน	พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน	ในการวางแผนจำหน่ายให้เน้นย้ำการให้คำแนะนำและการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับซ้ำ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมความพร้อมก่อน จำหน่ายตามแบบ DMETHOD ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ 2) แหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน เช่น รพ สต. รพช. 3) การประเมินอาการเบื้องต้นเช่น หายใจหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอก ให้รีบมาพบแพทย์ 3) เน้นควบคุมโรคเบาหวาน ลดอาหารไขมันสูง ลดเค็ม 4)การเลิกบุหรี่ของ ผู้ป่วยรายที่ 1 ด้วยเป็น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคของผู้ป่วย โดยแนะนำเข้าคลินิกฟ้าใสเลิกบุหรี่ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 การต้องเลิกสุรา และบุหรี่ย่างเด็ดขาด 5) การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินต่อเนื่องประมาณไม่เกิน 30 นาทีแต่หากรู้สึกเหนื่อย ให้หยุด พักและการให้คำแนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแล

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาตามรายประเด็นศึกษา

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ชายไทยคู่อายุ 78 ปี ประวัติไม่มีเป็นโรคร่วม ผู้ป่วยไม่มีอาการมา ไม่ดื่มสุรา สูบแต่บุหรี่ ไม่ได้ออกกำลังกาย พักผ่อนน้อย นอนกลางคืนนอนวันละ 6-7 ชั่วโมง	ชายไทยคู่อายุ 72 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบ สูบบุหรี่วันละ 1-2 ซอง และดื่มสุรานานกว่า 50 ปี ชอบรับประทานอาหาร ไขมัน เค็ม ไม่ได้ออกกำลังกาย นอนกลางคืนวันละ 6-7 ชั่วโมง ลูกขึ้นมาหอบไอตอนกลางคืน	ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคได้แก่ 1) อายุและเพศเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เพศชายจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า เพ ศ ห ญ ง (Suwanno, 2018) ⁶ 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Diabetes impact on Thailand, 2017)การสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกายก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเช่นกัน ทั้ง 2 รายมีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ โรค ประจำตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและพฤติกรรม การนอนที่ไม่ต่างกันแต่มีความเสี่ยงต่อการ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาตามรายประเด็นศึกษา

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
			เกิดโรคเช่นเดียวกัน แม้ว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสูบบุหรี่ เหมือนกัน จึงมีความเสี่ยงสูง เพราะบุหรี่มี สารนิโคติน ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดแดง ตีบตันและ คาร์บอนมอนนอกไซด์ จับเป็นคราบเกาะภายในหลอดเลือด ทำให้ค่อยๆ ตีบตัน(Hangrasmee, 2016) ²
2.พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง	1วันก่อนมารพ.เจ็บแน่นหน้าอกมาก ปวดร้าวไปคอ กรามและแขนซ้ายและ คลื่นไส้ ตรวจร่างกาย Lungs:Normal EKG พบ invertT depress V2-V6, Troponin t = 219 ng/l,pain score = 5	12 ชม.ก่อนมารพ.มีอาการเจ็บ แน่นหน้าอกมากปวดร้าวไปคอ ไหล่ ใจสั่นเหงื่อออก หายใจ หอบเหนื่อย หายใจไม่มึนนอน ราบไม่ได้ ตรวจร่างกาย Lungs: crepitation EKG พบ ST depress V5-V6 CXR: pulmonary congestion both lung Troponin t =762 ng/l pain score = 5 ผลตรวจ Echocardiography LVEF37%,DTX=231mg%	จากEKG และ Troponin t ทั้ง 2 รายมี กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI และ ราย ที่ 2 มี ภาวะ hyperglycemia (Diabetesimpact on Thailand, 2017) มีภาวะหัวใจล้มเหลวและ และทั้ง 2 รายเกิดอาการเจ็บปวดจากพยาธิ สรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน มีการรับ -ส่งกระแสความเจ็บปวด ผ่านไปตามไขสันหลังจึงส่งผลให้มีอาการ ปวดร้าวไปยัง ส่วนต่างๆได้ ในรายที่1 ร้าวไป คอ กรามและแขนส่วนรายที่2ปวดไปคอ ไหล่ (Arunsaeng, 2015) ³
3.การรักษา	Enoxaparin 0.6 ml sc OD Atorvastatin(40) 1x1 per oral hs ASA(81) 1x1per oral pc, Plavix(75)1x1per oral pc,ISDN(5)1x1per oral pc, ส่งต่อระบบ NSTEMI Referralโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพที่สูงกว่า เพื่อฉีดสี และสวนหัวใจ	Enoxaparin 0.5 ml sc q 12hrx3day, ASA(81)1x1per oral pc, Plavix(75) 1x1per oral pc,ISMN (20)1x2per oral ac, Enalapril(5) 1x2 pe roral pc,Senoko2x1 per oral hs, Lorazepam(0.5) 1x1per oral, lasix 40mg IV, ส่งต่อ ระบบ NSTEMI Referral โรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูง กว่า เพื่อฉีดสีและสวนหัวใจ	ทั้ง 2 รายได้รับการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดไปพร้อมกับแก้ไขภาวะแทรกซ้อน จาก โรคร่วม อย่างถูกต้องรวดเร็ว ตาม มาตรฐานการ รักษาของสมาคมโรคหัวใจแห่ง ประเทศไทย (The Heart Association of Thailand, 2020) ⁷
4.ปัญหาและ การวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	ได้รับการดูแลตามแผนการ พยาบาลทั้งหมด 10 แผน สามารถแก้ไขให้ ดีขึ้นตาม แผนการพยาบาล	ได้รับการดูแลตามแผนการ พยาบาลทั้งหมด 10 แผน สามารถแก้ไขให้ ดีขึ้นตาม แผนการพยาบาล	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตาม กระบวนการพยาบาลทั้งในระยะวิกฤต ระยะ การดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งอาการคงที่ และ จำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย กระบวนการ พยาบาลเป็นวิธีที่ ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงาน ตามแผน การ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ใน สถานการณ์ที่ ยุ่งยาก ซับซ้อน เนื่องจากเป็น กระบวนการที่ต้อง มีการคิดอย่างเป็นเหตุผล รวบรวมข้อมูลต่างๆเข้าด้วยกันและทำการ ตัดสินใจเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา ตามความ ต้องการของผู้ป่วย (Harnyoot, 2014) ⁵

จากการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่าทั้ง 2 รายใช้การประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยใช้แบบสุขภาพของกอร์ดอนซึ่ง มีความต่างกัน ในประเด็น ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ พฤติกรรมการนอน 2) อาการและอาการแสดง 3) ภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล 4)การให้ยาขณะรับการรักษา และมีความคล้ายกัน ไม่ต่างกัน ในประเด็น 1) การวินิจฉัยโรค 2)การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าในการทำหัตถการ (ฉีดสีและสวน หัวใจ) 3)ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญ ในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะยาว จำหน่าย และพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดNSTEMI และมีโรค

ร่วม จะมี อาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเฉียบพลัน ดังนั้นพยาบาลต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด สามารถ ประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนจากโรค การใช้ยา ผลทางห้องปฏิบัติการ การใช้เครื่อง ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และวางแผน ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบครอบคลุมตาม ปัญหาที่เกิดขึ้นทุก ระยะของการดูแล ได้รวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ใน การวางแผนจำหน่าย การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดโรคและสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้ญาติมีส่วนร่วมจะช่วยให้การป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

- 1.ผ่องพรรณ อรุณแสง .(2556). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.พิมพ์ครั้งที่10.ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- 2.Hengrasmee, K. (2017). Coronary Heart Disease. Retrieved December 25, 2020 from <https://www.hiso.or.th/his/picture report Health/report>.
- 3.Arunsaeng, P. (2015). Cardiovascular Nursing. Khon kaen: Khungnana vithaya Printing Co.Ltd. (in Thai)
- 4.Diabetes impact on Thailand. (2017). The Diabetes Epidemic and Its Impact on Thailand. Retrieved December 25, 2020 From <https://www.changingdiabetes Thailand.com/diabetes- impact>.
- 5.Harnyoot, O. (2015). Nursing Process and Implications. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 15(3), 137-143. (in Thai)
- 6.Suwanoo, J. (2018). Association of Risk Level and Major Adverse Cardiovascular Events in Patients with Non-ST Elevation Myocardial Infarction. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 29(1), 6-28. (in Thai)
- 7.The Heart Association of Thailand. (2020). Thai Acute Coronary Syndromes Guideline 2020. Bang Phli Samut prakan: Nextstep Design Limited Partnership. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดชิ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open reduction Internal fixation)

Effects of a health education program on knowledge and behavior of patients who undergo open reduction internal fixation surgery.

(Received: September 15,2023 ; Revised: September 19,2023 ; Accepted: September 20,2023)

ศิรินทร์ พัฒนวิบูลย์¹

Sirin Pattanawiboon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (pre- experiment research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาต่อความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดชิ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด จัดชิ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation)ที่มารับบริการที่ตึก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ โดยการเลือกแบบกระจาย จำนวน 30คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดจัดชิ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation)พบว่า ก่อนการให้สุศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องกระดูกหักระดับต่ำ ร้อยละ 76.70 และหลังให้สุศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปาน กลาง ร้อยละ 66.70 การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดจัดชิ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) พบว่าส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตัวในระดับสูงร้อยละ 63.30 และ 73.30 หลังการให้สุศึกษาของผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดจัด ชิ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) ผู้ป่วยมีความรู้ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ความ พึงพอใจต่อการให้สุศึกษา ก่อน หลังผ่าตัด จัด ชิ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้สุศึกษา ความรู้ การปฏิบัติตัว ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดชิ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน

ABSTRACT

This pre-experimental research aimed to studied the effects of the health education program on knowledge. Behavior of patients who undergo surgery for bone fracture and internal fixation (Open Reduction Internal Fixation). The sample group includes patients who come for surgery. Organize broken bones and fix them internally (Open Reduction Internal Fixation) that come to the surgery building. Suvarnabhumi Hospital By selecting a distributed distribution of 30 people, the tools used in the research were questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentages, means, standard deviations. and inferential statistics, including paired t-test.

The results of the research found that knowledge in patients undergoing fracture reconstruction surgery and internal fixation (Open Reduction Internal Fixation). It was found that before providing health education, most had a low level of knowledge about fractures, 76.70 percent, and after giving health education, most had a moderate level of knowledge, 66.70 percent. Behavior before and after Surgery in patients undergoing fracture reconstruction surgery and internal fixation (Open Reduction Internal Fixation) found that most There was a high level of behavior at 63.30% and 73.30% after providing health education to patients who had undergone surgery. broken bone pieces and internal fixation (Open Reduction Internal Fixation). The patient has knowledge and correct conduct Satisfaction with health education before and after surgery for bone fracture management and increased internal fixation

Keywords: health education program, knowledge, behavior, Patients who have undergone surgery for fracture reconstruction and internal fixation

¹ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

บทนำ

กระดูกหักถือเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งมีสาเหตุหลายอย่างที่เป็นสาเหตุสำคัญ ซึ่งอุบัติเหตุจราจรถือเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลกที่ทำให้เกิดภาวะกระดูกหัก กระดูกหักจึงไม่ใช่เรื่องเล็ก เพราะบางทีจะไม่ร้ายแรงถึงชีวิต แต่การรักษาที่ไม่เหมาะสมอาจนำมาซึ่งความพิการถาวรได้ สาเหตุหลักของภาวะกระดูกหัก นอกจากอุบัติเหตุจราจรแล้ว ยังมีอุบัติเหตุจากการทำงาน รวมไปถึงการเล่นกีฬา และที่น่าเป็นห่วงเพราะพบตัวเลขสูงขึ้นเรื่อยๆ คือภาวะกระดูกหักในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันประมาณการว่าทั่วโลกมีการเกิดกระดูกหักที่มีสาเหตุจากโรคกระดูกพรุนในทุกๆ 3 วินาที โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกแตกหรือหักสูงกว่าความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และมะเร็งมดลูกรวมกัน ส่วนในเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก อีกทั้งยังพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เคยกระดูกแตกหักในส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายมักจะมีการแตกหักเกิดขึ้นกับกระดูกส่วนอื่นของร่างกายตามมาด้วย โดยปัญหาจะทวีคูณความรุนแรงขึ้นหลังการเกิดแต่ละครั้ง

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนทั่วโลก เพิ่มขึ้นจนกลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอันดับ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด อุบัติการณ์ของกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน ในกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ทั่วโลกพบประมาณร้อยละ 35 ในเพศหญิงและร้อยละ 20 ในเพศชาย ทั้งนี้โอกาสการเกิดโรคจะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น

ส่วนในประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมีภาวะกระดูกพรุนมากกว่าร้อยละ 50 กระดูกหักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว หากนอนติดเตียงยังมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น โรคเรื้อรังของระบบหายใจ แผลกดทับ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ การติดเชื้อ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด หรือแม้เมื่อได้รับการผ่าตัดรักษาแล้ว ยังอาจหลงเหลือข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถทำงานได้

ตามปกติ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนล้วนเกี่ยวข้องกับทุกช่วงวัย เนื่องจากมวลกระดูกมีการสะสมตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิตจนกระทั่งถึงจุดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และเริ่มลดน้อยลงช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และจะลดลงในอัตราที่สูงขึ้น ตามวัยที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย

ประเทศไทย ปัจจุบันมีผู้สูงอายุประมาณ 30,000 คนต่อปีที่เป็นโรคกระดูกพรุนและเกิดการหัก เช่น กระดูกข้อมือ กระดูกหลัง กระดูกสะโพก โดยจำนวนนี้พบว่าเฉพาะผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหัก มีโอกาสหักซ้ำ 6-8% และจากการศึกษาของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เกี่ยวกับ Burden of osteoporosis in Thailand ปี 2542 พบว่าอุบัติการณ์ การเกิดกระดูกสะโพกหัก ในผู้สูงอายุคนไทยจะสูงขึ้นปีละ 180 รายต่อแสนประชากร ผู้สูงวัยเป็น 450-780 รายต่อแสนประชากร ผู้สูงวัยในปี 2568 ทั้งยังมีผลการศึกษาจากต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้กว่า 20% จะเสียชีวิตภายในปี 40% ไม่สามารถเดินด้วยตัวเองได้ และมากถึง 80% ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ (สมศักดิ์ อรรถศิลป์, 2561)

จากการแสดงข้อมูลเชิงปริมาณแสดงข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสุวธรรมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดประจำปีงบประมาณ 2559 -2563 ทั้งหมดจำนวน 404,355,297 และ 363 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดจัดชิ้นกระดูกและยึดตรึงภายใน (Open reduction Internal fixation) จำนวน 188 ,143 ,103, 68 และ 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.53 40.28 , 34.68 , 22.89 และ 30.57 มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหลังกลับบ้านคือแผลอักเสบแดง มีหนอง ต้องได้นอนรักษา จำนวน 5 , 3 , 3 ,6 และ 1 รายตามลำดับ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัดหลังการให้สุศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดชิ้นกระดูกและยึดตรึงภายใน (Open reduction internal fixation)โรงพยาบาลสุวธรรมภูมิ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะใช้เป็น แนวทางในการให้ความรู้

การปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย ที่ได้รับผ่าตัดจัดขึ้นกระดูก และยึดตรึงภายใน (Open reduction internal fixation) ในส่วนที่ยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ ภายหลังการผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติตัว ของผู้ป่วย ก่อนและหลังการให้สุขศึกษา ในผู้ป่วยที่ ผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation)
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการให้สุข ศึกษา ก่อน หลังผ่าตัด จัด ขึ้นกระดูกหัก และยึดตรึง ภายใน(Open Reduction Internal Fixation)

สมมติฐาน

1. หลังการให้สุขศึกษาผู้ป่วยมีความรู้ เรื่อง กระดูกหักและการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึง ภายใน (Open Reduction Internal Fixation เพิ่มขึ้น
2. หลังให้สุขศึกษาผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัว ใน การผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน (Open Reduction Internal Fixation) ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้สุขศึกษาในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) ที่มา รับ บริการที่ตึกผู้ป่วยในศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ระหว่างวันที่ 4 มกราคม 2564 – 31 มีนาคม 2564

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (pre- experiment research) ดำเนินการศึกษาแบบ กลุ่มเดียววัดสองครั้ง(One group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ

โปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้ การปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึด ตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด จัด ขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation)ที่มารับบริการที่ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึง เดือนมีนาคม2564

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด จัด ขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation)ที่มารับบริการที่ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึง เดือนมีนาคม2564 โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1.ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด จัดขึ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน (Open Reduction Internal Fixation) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่15ปีขึ้นไป
- 2.มีการรับรู้ต่อบุคคล เวลา สถานที่ปกติ ไม่มี ประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท และโรคจิต
- 3.ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและภาษาพูด
- 4.มีความพร้อมและยินดีที่จะร่วมมือใน การศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดผ่าตัด จัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึง ภายใน(Open Reduction Internal Fixation) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ความรู้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัด ขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open reduction internal fixation)เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 2 ระดับ แบ่งระดับความรู้ใช้วิธีการ จัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ



0-6 คะแนน	ระดับต่ำ
7-9 คะแนน	ระดับปานกลาง
10-11 คะแนน	ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน (Open Reduction Internal Fixation) ก่อนและหลังการผ่าตัด เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ แบ่งระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ

12-21 คะแนน	ระดับต่ำ
22-28 คะแนน	ระดับปานกลาง
29-36 คะแนน	ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจ ในการให้โปรแกรมสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ แบ่งระดับความพึงพอใจ อิงกลุ่มของ Best (1970) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ

1.00-1.67 คะแนน	ระดับน้อย
1.68-2.34 คะแนน	ระดับปานกลาง
2.35-3.00 คะแนน	ระดับมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือภาพพลิก ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นโดยกำหนดเนื้อหา จากการศึกษาค้นคว้า การอ่านเอกสาร ตำรา โดยผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมเนื้อหา โดยยึดแนวทาง ความรู้ และการรักษาโรคทางออร์โธปิดิกส์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบทดสอบความรู้ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและพิจารณา 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ จำนวน 2 ท่าน การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้น

กระดูกหักและยึดตรึงภายใน (Open Reduction Internal Fixation) ที่มารับการรักษาที่ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

ภาพพลิกความรู้ การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน (Open Reduction Internal Fixation) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและพิจารณา จำนวน 2 ท่าน

วิธีการดำเนินการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมการ

1. เสนอเค้าโครงการศึกษา เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการการศึกษาต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด มีแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาตามแบบเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมศึกษาในมนุษย์

2. ดำเนินการคัดเลือกประชากรที่มารับบริการที่ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่มารับบริการช่วงเดือน มกราคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2564 จำนวน 30 คน

ขั้นตอนการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล
ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. เลือกประชากรผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน (Open Reduction Internal Fixation) ที่มารับบริการที่ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ตามคุณสมบัติที่กำหนด
2. ผู้ศึกษาแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือกับผู้ป่วย โดยให้เขายินยอมในการเข้าร่วมโครงการ
3. ให้ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
4. ให้ทำแบบวัดความรู้ และการปฏิบัติตัว ก่อนการผ่าตัด
5. ให้สุศึกษา ความรู้ การปฏิบัติตัว ในผู้ป่วยกระดูกหัก การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด จัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงด้วยโลหะ จำนวน 1 ครั้ง

6. ให้ทำแบบวัดความรู้ การปฏิบัติตัว ชัดเดิม และแบบวัดความพึงพอใจ

7. ขอบคุณผู้ป่วยในความร่วมมือในการทำ แบบวัดความรู้ และการปฏิบัติตัว

8. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์เป็นร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) ก่อนการให้สุศึกษา เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation)ก่อนและหลังการให้สุศึกษา ด้วยวิธีการทดสอบคะแนนโดยใช้สถิติ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาคำนึงถึง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตลอดขั้นตอนการศึกษา โดยยื่นหนังสือขอรับการคุ้มครองจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด ในเดือนมกราคม 2564

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (pre-experiment research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาต่อความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด จัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation)ที่มารับบริการที่ตึก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ โดยการเลือกแบบกระจาย จำนวน 30คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4ส่วน

คือ ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบวัดการปฏิบัติตัว แบบวัดความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของคอนบาท ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เท่ากับ0.61 เก็บข้อมูลโดยการให้แบบทดสอบกลุ่มตัวอย่างทำ ตั้งแต่วันที่ 4 เดือนมกราคม 2564 ถึงวันที่ 31 เดือนมีนาคม2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ paired t-test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

ความรู้ ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) พบว่าก่อนการให้สุศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องกระดูกหักระดับต่ำ ร้อยละ76.70 และหลังให้สุศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.70

การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) พบว่าส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตัวในระดับสูงร้อยละ 63.30 และ 73.30 หลังการให้สุศึกษาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) ผู้ป่วยมีความรู้ และการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

ความพึงพอใจต่อการให้สุศึกษาก่อน หลังผ่าตัด จัด ขึ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน(Open Reduction Internal Fixation) เพิ่มขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

หลังการให้สุศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหัก และยึดตรึงภายใน(Open reduction internal fixation)ที่มารับบริการที่ตึก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ อำเภอสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีความรู้เกี่ยวกับกระดูกหัก และมีการปฏิบัติตัวที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกระบวนการให้สุศึกษาเรื่องความรู้กระดูกหัก และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน รายละเอียด ดังนี้ ให้สุ

ศึกษาเรื่องความรู้กระดูกหัก และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดจัดขึ้นกระดูกหักและยึดตรึงภายใน จำนวน 30 คน โดยให้ผู้ป่วยที่แพทย์จะทำผ่าตัด ให้ทำแบบทดสอบความรู้ และการปฏิบัติตัวก่อนการทดลอง และดำเนินการทดลองโดยการให้สุขศึกษา โดยมีรายละเอียด ความรู้เรื่อง สาเหตุกระดูกหัก อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง การปฐมพยาบาล การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ซึ่งมีการให้สุขศึกษาทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20 นาที ประกอบด้วยการบรรยาย ประกอบการใช้ภาพพลิก วิทียาการโดยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ หลังสิ้นสุดกระบวนการให้สุขศึกษาครบ 1 ครั้ง ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความรู้ และการปฏิบัติตัวหลังให้สุขศึกษาอีกครั้งหนึ่ง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับจากผลการวิจัยของอัครเดช ดีอ้อม และชลิดา ธนรัฐธิกุล (2560) ศึกษาเรื่อง ผลของการให้ความรู้ด้วยวีซีดีและคู่มือสุขภาพร่วมกับเกมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคเบาหวานชนิดที่1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคเบาหวานชนิดที่1หลังให้ความรู้ด้วยวีซีดีและคู่มือสุขภาพร่วมกับเกมสุขภาพ 1สัปดาห์และ1เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05($F=65.43$, $p\text{-value}=0.00$) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภา หมู่ศิริ (2556)¹⁵ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน พบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์

ทางบวกระดับสูงกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.70, p<.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขฤทัย วิโรจน์ยุดิและคณะ.(2557)¹² ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมและพฤติกรรมกายบริหารและการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1.การให้ความรู้เรื่องกระดูกหัก ควรเน้นการให้ความรู้การปฐมพยาบาลเมื่อกระดูกหักอันดับแรกที่สำคัญที่สุด คือ การตามส่วนที่หักด้วยวัสดุที่แข็ง เช่น กระดาษ ผ้า หรือไม้ ไม่จำเป็นต้องเป็นไม้เท่านั้น เพื่อให้ส่วนที่หักอยู่นิ่งๆ และไม่ไหกระดูกส่วนหักไปทำลายเส้นเลือด เส้นประสาทรอบๆกระดูก

2. การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ให้พยาบาลแนะนำ ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการดื่มน้ำและอาหารอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล เนื่องจากถ้าไม่ดื่มน้ำ จะทำให้การผ่าตัดเลื่อนออกไป ทำให้การผ่าตัดซ้ำมีผลต่อการติดเชื้อของกระดูกได้ง่าย และถ้าผู้ป่วยแอบดื่มน้ำ และไม่บอกพยาบาล ถ้าเข้าห้องผ่าตัด อาจทำให้มีผลเสียคือ สูดสลัก ปอดบวม ทางเดินหายใจอุดกั้นได้ระหว่างการผ่าตัด

3.ควรมีโปรแกรมการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย เพื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจ และตระหนักในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรุงเทพมหานคร.(2561) ผู้สูงอายุกระดูกหักปีละ3หมื่นคน.(ออนไลน์).สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/content/41448>.(เมื่อวันที่7ธันวาคม 2563)
- 2.ความหมายกระดูกหัก(2562)(ออนไลน์)สืบค้นจาก <http://www.bumrungrad.com/th/treatment/orif>(7ตุลาคม 2563)

- 3.จากรุวรรณ ไผ่ตระกูลและคณะ.(2556) ประสิทธิภาพของการสอนสุขศึกษาโดยเยาวชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนจากการขาดแคลเซียมในวัยทอง.(ออนไลน์) สืบค้นจาก ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/3922 (13 ธันวาคม 2563)
- 4.ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์. (2549). ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร:
- 5.สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (2554) ออนไลน์.สืบค้นจาก <http://sites.google.com/site/anansak/2554/thvodi>(19 ตุลาคม 2563)
- 6.บรรจง มโหสวริยะ. (2547). การยืดตึงกระดูกหักด้วยแกนตามกระดูก. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- 7.บุญสิน บุรณะพาณิชย์กิจ. (2547). การตามกระดูกหัก. กรุงเทพมหานคร: บุ๊คเน็ต จำกัด.
- 8.ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์.
- 9.วรรณ สัตยวิวัฒน์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพมหานคร:เอ็น พี เพรส,2551.
- 10.สถานภาพ. (2555).(ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://www.statstd.nso.go.th/definit>. (17 ธันวาคม 2563)
- 11.สมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. (2550). Ambulatory Trauma Care. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร:เอ็น พี เพรส.
- 12.สุขฤทัย วิโรจน์ยติและคณะ.(2557)ประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (ออนไลน์).
- 13.สุธี สุทัศน์ ณ อยุธยา. (2533). ข้อและกลไกการเคลื่อนไหวของมือ. ใน: สุธี สุทัศน์ ณ อยุธยา, เทิดชัย ชีวะเกตุ, วัชร ฐิติเวช พงศธร และคณะ, บรรณาธิการ. กายวิภาคศาสตร์ระบบการเคลื่อนไหว Anatomy of the locomotor system. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย. หน้า 116-45.
- 14.โสภณ จิรสิริธรรมและคณะ. (2549). ตำราศัลยศาสตร์ฉุกเฉินหลักและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร,2549
- 15.โสภณ หมูศิริ.(2556)ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดตึงกระดูกภายใน(ออนไลน์). สืบค้นจาก http://www.digital_collect.lib.buu.ac.th. (10ตุลาคม 2563)
- 16.อนันต์ พงษ์คุณากร. Hand Injury Part 1 : Hand Anatomy and Function. ลำปางเวชสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2556.
- 17.Benjamin, S Bloom . 1986. Learning for mastery' . Evaluation comment. Center for the study of instruction program.University of California at Los Angeles. Vol 2 :47-62
- 18.N4studies. (2554). (ออนไลน์).สืบค้นจาก http://www.home.kku.ac.th/wiskun/451710/sample_sizecal.pdf(17 ธันวาคม 2563)



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Nursing care of ischemic stroke patients with complication at Kalasin Hospital

(Received: September 15,2023 ; Revised: September 19,2023 ; Accepted: September 20,2023)

วารุณี เข้มลา¹

Varunee Khemla¹

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อน ศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาแรกที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี อาการสำคัญ นอนซึมไม่รู้สีกตัว มีแขนขาซ้ายอ่อนแรง รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยโรค Right MCA infraction ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ขณะรับการรักษา ผู้ป่วยGlasgow coma score(GCS) ลดลง ร่วมกับมีความดันโลหิตสูงมากขึ้น แขนและขาซ้ายอ่อนแรงอ่อนแรงมากขึ้น Motor power ด้านซ้าย grade O ด้านขวา grade V ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีภาวะสมองบวม มีแผนการรักษาส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทและมีแผนการรักษาให้ผ่าตัดสมองร่วมกับการรักษาด้วยยา ผ่านพ้นภาวะวิกฤตมีปัญหาหยาบเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ ได้รับการรักษาด้วยการเจาะคอและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเตรียมจำหน่าย พบภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา ได้แก่ ปัญหาการกลืน แผลกดทับ ข้อติดแข็งเกร็ง หลังรับการรักษาภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดยส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 56 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการ แขนและขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด แพทย์วินิจฉัยโรค Ischemic Stroke. ผลการCT Scan: Chronic lacunar infraction at bilateral basal ganglia แผนการรักษาให้ยากลุ่ม Antiplatelet คือยา Plavix (75mg)1 tab OD, และ Atorvastatin 20mg 1 tab oral hs.ขณะดูแลผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ร่วมกับอ่อนแรงแขนและขาซ้ายและปัญหาด้านการกลืนลำบาก ผู้ป่วยได้รับการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อประเมินการกลืนและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ รับประทานอาหารได้ไม่ลำบากสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, การพยาบาลผู้ป่วย

ABSTRACT

Nursing care for patients with ischemic stroke or blockage with complications Kalasin Hospital had a purpose to study and compare nursing care for patients with ischemic stroke or blockage with complications. Study on 2 patients, selected specifically Patients diagnosed by a physician with ischemic stroke who are admitted to the internal medicine department. Kalasin Hospital.

The results of the study found that the first case study was a Thai female patient aged 54 years. The main symptom was drowsiness and unconsciousness. There is weakness in the left side of the arm. Receive referrals from community hospitals Diagnosis of Right MCA infraction, history of co-morbidities, diabetes, high blood pressure while receiving treatment Patients with Glasgow coma score (GCS) decreased along with increased blood pressure. The left arm and leg are weak and weak. Motor power on the left is grade O, the right is grade V. While receiving treatment, the patient had

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

cerebral edema. There is a treatment plan for consultation with a neurosurgeon and a treatment plan for brain surgery along with drug therapy. Overcoming the crisis, there was a problem of being unable to wean off the ventilator. The patient was treated with a tracheotomy and rehabilitated in preparation for discharge. Complications found during treatment include swallowing problems, pressure sores, and joint stiffness. After receiving treatment for complications, the patient gradually improved. Can be sold home by referral to a community hospital.

Case study number 2, a 56-year-old female patient admitted for treatment with symptoms of weakness in the left arm and leg, slurred speech, stiff tongue, 3 hours before coming to the hospital, history of co-morbidities, diabetes, high blood pressure, asthma. The doctor diagnosed Ischemic Stroke. Results of CT Scan: Chronic lacunar infraction at bilateral basal ganglia. The treatment plan is to give antiplatelet drugs, namely Plavix (75mg) 1 tab OD, and Atorvastatin 20mg 1 tab oral hs. While caring for the patient, he felt shortness of breath. along with weakness in the left arm and leg and difficulty swallowing. The patient consulted a rehabilitation doctor to evaluate swallowing and continued exercise. The patient's condition improved accordingly. Can eat without choking on food Can be sold back home

Keywords: ischemic stroke or blockage, patient nursing

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของสมองอย่างเฉียบพลัน และมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อยโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 700,000 คนต่อปีสำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2564 WHO ได้ประมาณการว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก และ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและต้องใช้ค่ารักษาไม่ต่ำกว่า 100,000 บาท/ปี/คน (8,000 ล้านบาท)² ปัจจุบันการดูแลรักษาในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน การรักษาคือการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt-PA แต่ต้องให้ยาทันทีภายหลังจากมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงถึงจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดและสามารถลดอัตราความพิการได้ร้อยละ 30³ ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลทางคลินิก ในกลุ่มที่เข้ามารับการรักษาในระบบ FAST ให้การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือด

เลือดดำชนิด rt-PA โดยใช้ระบบช่องทางด่วน แนวทาง “FAST”(Face, Arm, Speech, Time) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันได้แก่กลุ่มอาการ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด เข้ารับการรักษาล่าช้าหลังเวลา 4.5 ชั่วโมง⁴ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จนอาการคงที่ มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที ใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง อาการที่สำคัญได้แก่หมดสติ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและหัวใจทำงานผิดปกติต้องรีบให้การรักษาให้รวดเร็วที่สุดไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดเข้าทางหลอดเลือด 2)ระยะหลังเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการคงที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่รู้สึกร่าง หรือรู้สึกร่างแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก การรักษาจะเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ⁵ ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันปอดปอดบวม และหัวใจล้มเหลวเป็นต้น⁶

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันตามแนวทางของสถาบันประสาทวิทยาให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต ระยะกลางและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายจิตใจ สังคมให้ดีขึ้น ดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษา 2 ราย เพื่อวางแผนให้การพยาบาลในภาวะวิกฤตและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

วิธีการศึกษา: โดยคัดเลือกแบบ เจาะจง ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน เข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย ศึกษาในระหว่างเดือน เมษายน – มิถุนายน 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วยและญาติ โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี อาการสำคัญ ซึมไม่รู้สีกตัว มีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัย Right MCA infraction ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดัน

โลหิตสูง ขณะรับการรักษา ผู้ป่วยGlasgow coma score(GCS) เปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูง แขนและขาต้านซ้ายอ่อนแรงอ่อนแรงมากขึ้น Motor power ด้านซ้าย grade O ด้านขวา grade V ขณะรับการรักษา ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวม มีแผนการรักษาส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทมีแผนการรักษาให้ผ่าตัดสมอง Decom pressive Craniectomy วันที่ 20 เมษายน 2566 หลังผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้รับการรักษาด้วยการเจาะคอ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ ผู้ป่วยเจาะคอ ไอขับเสมหะเองได้น้อย มีปัญหาการกลืนใส่สายจุกสำหรับให้อาหาร พบแผลกดทับที่สะโพก ด้านซ้าย ภาวะข้อติดแข็งกล้ามเนื้อลิ้นที่แขนและขา ด้านซ้าย มีภาวะติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ หลังนอนโรงพยาบาลได้รับการรักษาโดยได้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องร่วมกับยาขับปัสสาวะ ฟื้นฟูสภาพจากนักกายภาพบำบัดและสอนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน อาการผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับจำหน่ายกลับบ้านโรงพยาบาลชุมชนเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อ

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 56 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการ แขนและขาต้านซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง NIHSS Score 2, ADL แรกรับ 10 คะแนน DTX 235mg%. แพทย์วินิจฉัยโรค Ischemic Stroke. ผลตรวจ CT Scan: Chronic lacunar infraction at bilateral basal ganglia แผนการรักษาให้ยา Plavix (75mg) 1 tab OD, Atorvastatin 20mg 1 tab oral hs., Omeprazole 20mg 1 tab oral OD, Folic 1x1 oral pc., B complex 1x3 oral pc., ขณะดูแลผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ร่วมกับอ่อนแรงแขนและขา ด้านซ้ายและปัญหาด้านการกลืนลำบาก ผู้ป่วยได้รับการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อประเมินการกลืนและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ รับประทานอาหารได้ไม่ลำบากอาหารสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยซึมลง การรับรู้ลดลง แขนขาชักซ้ายอ่อนแรงญาติ นำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์รักษาอาการเบื้องต้น ส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยมีปัญหาการหายใจ การกลืน และการเคลื่อนไหว และมีแผลที่บริเวณสะโพก รับรู้ว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงต้องฟื้นฟูสภาพ	ผู้ป่วยรับรู้มาก่อนมาขณะทำกับข้าวแขนและขาและด้านซ้ายอ่อนแรง มีอาการปากเบี้ยวญาตินำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดให้การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. โภชนาการและการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ เป็นอาหารพื้นบ้านขณะรับการรักษา ช่วงแรกให้ดื่มน้ำและอาหาร มีปัญหาการกลืน ให้อาหารปั่น (Blenderized diet) 400 ml x 4 feed โรงพยาบาลจัดหาอาหารให้ รับประทานอาหารปั่นได้ไม่มีอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหาร	รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ โรงพยาบาลให้ดื่มน้ำและอาหารวันแรกเพื่อสังเกตอาการทางสมองหลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด หลังจากนั้นทดสอบการกลืนจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รับประทานอาหารได้ไม่สำคัญอาหาร
3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ขณะรับการรักษา ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระไม่ปกติ 2-3 วัน 1 ครั้งปัสสาวะโดยการใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองฟาง	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ขณะเจ็บป่วยหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีอาการเลือดออกในสมอง แพทย์ให้นอนพักทำกิจกรรมบนเตียง ปัสสาวะได้ไม่มีอาการแสบขัด
4.กิจวัตรประจำวัน	ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง มีญาติคอยช่วยเหลือการทำกิจกรรม (ADL) 10 คะแนน	ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมได้บางส่วน ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) 13 คะแนน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	มีปัญหาการนอนหลับ นอนหลับได้เป็นบางช่วงเวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง นอนกลางวัน กลางคืนไม่นอน	นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวันไม่มีปัญหาในการนอนไม่เคยใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยนอนหลับได้เป็นช่วงๆ
6. สถิติปัญญา และการรับรู้	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 6 อ่านออก เขียนได้ หลังเจ็บป่วยสื่อสารได้ ใช้มือและเท้าทางในการสื่อสาร GCS E4VTM6	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 6 อ่านออก เขียนได้ หลังเจ็บป่วยมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อยไม่สับสน
7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ญาติผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดผู้ป่วยป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับปริญญาตรี หลังเจ็บป่วยสื่อสารได้ถูกต้องไม่มีอาการสับสนอาการทางระบบประสาทแรกเริ่ม E4V5M6
8.บทบาทและสัมพันธ์ภายในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัวอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรขณะรับรักษามีภรรยาและบุตรสาวบุตรเขยคอยดูแล	หลังเกษียณอายุราชการ อาศัยอยู่กับมารดาและหลาน อยู่บ้านชายของข้า ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลมีน้องสาวดูแล
9.เพศและการเจริญพันธุ์	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศของตนเอง ความสัมพันธ์กับภรรยาเป็นไปด้วยดี	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม หมดประจำเดือนอายุ 48 ปี ไม่มีประวัติมีเพศสัมพันธ์
10.การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ญาติผู้ป่วยแจ้งว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ และต้องมีคนคอยดูแลตลอดเวลา	ปกติเมื่อมีเรื่องเครียดจะเล่าให้ลูกน้องสาวฟัง การเจ็บป่วยครั้งนี้มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงมีแขนและขาชักซ้ายอ่อนแรงกลัวตัวเองพิการ เมื่อผ่าน



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		ภาวะวิกฤติผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
11.ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เชื่อว่าดวงตามีโอกาส	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เชื่อว่าดวงพระและเทศกาลงานบุญ

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	หญิงไทย 54 ปี ซึมลงแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ไม่พูด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	หญิงไทย 56 ปี ชาด้านซ้าย พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	กรณีศึกษา มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง มีพยาธิสภาพคนละตำแหน่งทำให้มีพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน อาการและอาการแสดงมีความแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยซึมลงแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ไม่พูดรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 แขนและขาด้านซ้าย อ่อนแรง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง การเจ็บป่วยทั้งสองรายผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้ง 2 ราย
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	ผู้ป่วย GCS E4VTM6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left arm, left leg grade 0 right arm grade V, right leg grade V Negative dysarthria Negative facial palsy สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 99%	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left arm, left leg grade III right arm, right leg grade V Positive dysarthria left facial palsy สัญญาณชีพ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 159/72 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 99%	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะสมองขาดเลือด กรณีศึกษารายที่ 1 ระดับความผิดปกติ มีพยาธิสภาพ Right MCA infraction, Old cerebral infraction อาการและอาการแสดง แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง อาการที่พบ motor power left arm, left leg grade 0 right arm grade V, right leg grade V Negative dysarthria Negative facial palsy กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะสมองขาดเลือด พยาธิสภาพ Chronic lacunar infraction at bilateral basal ganglia อาการและอาการแสดง แขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง
3.แผนการรักษา	CT Scan brain : Right MCA infraction Old cerebral infraction at right caudate nucleus, right external capsule, left basal ganglion and right centrum semiovale whitmatter การผ่าตัด Decompressive Craniectomy	CT Scan brain Chronic lacunar infraction at bilateral basal ganglia and bilateral corona radiate white matter การผ่าตัด ไม่มี ยาต่อเนื่อง -Simvastatin(20mg) 1 tab h.s.	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะสมองขาดเลือดแต่มีพยาธิสภาพตำแหน่งที่ต่างกัน แผนการรักษา กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยา Dilantin 3 tabs hs, เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองมากเกิดภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์ให้ยาเพื่อป้องกันอาการชักและให้ยา Atrovastatin (40mg) 1 tab h.s.เนื่องจากค่า LDL สูง

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	ยาต่อเนื่อง -Cefazolin 1 gm IV q 6 hrs. -Omeprazole 40 mg OD -Dilantin 100 mg IV q 8 hrs. -Nicardipine 5:1 IV drip 5 ml/hr then titrate Keep BP<149/90 mmHg ยารับประทาน -Dilantin 3 tabs hs -ASA(300mg) 1 tab OD p.c. -Atrovastatin(40mg) 1 tab hs. -FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c. -Omeprazole(20mg) 1 tab OD a.c. -Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. การตรวจพิเศษ -CT brain NC หลังผ่าตัดสมอง -ส่งConsult IMC	-FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c. -Plavix (75mg) 1 tab OD p.c. -Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. การตรวจพิเศษ -CT brain NC -Echocardiogram	กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษายากกลุ่ม Antiplatelet คือยา Plavix (75mg) 1 tab OD, และ Atorvastatin 20mg 1 tab oral hs. การรักษาตรวจพิเศษ ได้รับการ CT Scan และได้รับการปรึกษาIMC ทั้ง 2 ราย มีความต่างที่กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการตรวจ CTA เพิ่มเติม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการตรวจ Echocardiogram
4.ปัญหาและข้อ วินิจฉัยการพยาบาล	1.การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 3.มีภาวะHyperglycemia 4.ไม่สุขสบายปวด 5.เกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ 6.เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการกลืน 7.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากผิวหนังมีทางเข้าของเชื้อโรค 8.เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน 9.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่องเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรง 10.เตรียมความพร้อมการจำหน่าย METHOD	1.การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 2.มีโอกาสดังกล่าวความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 3.ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรง 4.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia 5.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว 6.เตรียมความพร้อมการจำหน่าย METHOD	<u>การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต</u> 1 การพยาบาลเมื่อเกิดการกำซาบเลือดในสมองลดลง และป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และติดตามอาการ ดังนี้ 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ปฏิกริยา ร่ม่านตาต่อแสง (pupil) กำลังแขน ขา (motor power) และสัญญาณชีพ ทุก1 ชั่วโมง BP < 140/90, Pulse <120หรือ> 60 ครั้ง/นาที เฝ้าระวังภาวะ Apneustic pattern (หยุดหายใจเป็นพักๆ) ภาวะ Chyne -Stroke pattern (หายใจเร็วซ้ำสลับกัน) และAtaxic pattern (หยุดหายใจไม่สม่ำเสมอ) - เฝ้าระวังอุณหภูมิร่างกายไม่ให้มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อสมองถูกทำลายจากภาวะไข้ 2) จัดทำให้อนสิริษะสูง 30 องศา รักษาแนวสิริษะคอและลำตัวให้อยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยงการเกิดภาวะ Valsalva maneuver 3) สังเกตอาการปวดสิริษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่งอย่างรุนแรง ตาพร่ามัวกระตุก 4) ควบคุมการได้รับสารน้ำและอิเล็กโตไลต์ทางหลอดเลือดดำ



ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			5) ดูแลให้ได้รับยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษาพร้อมติดตามอาการข้างเคียงของยา 6) หลีกเลี่ยงการผูกยึดผู้ป่วย 7) จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบลดการกระตุ้นและให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล 1.2 การพยาบาลเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของ ภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจrespiratory distressซีฟจร เป็นต้น ทุก ½ -1 ชั่วโมง ฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมงสังเกต ภาวะขาดออกซิเจน ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้า เพื่อช่วยบรรเทาอาการกระสับกระส่าย เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจลำบาก โดยผู้ป่วยควรมีระดับออกซิเจนในเลือด (SaO₂) ไม่ต่ำกว่า 94 % 1.3 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำ อย่างเพียงพอโดย ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร ประเมินความสามารถในการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืนจากสถาบันประสาทวิทยา ฟังเสียง bowel sound ได้ยินเสียง 6-8 ครั้ง/นาที่ ผู้ป่วย ประเมินการกลืนไม่ผ่าน การรับรู้รสติ และไม่สามารถ ควบคุมน้ำลายตัวเองได้ หากประเมินการกลืนไม่ผ่าน ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ Nasogastric tube และให้อาหารตามแผนการรักษาในระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วย วิกฤต(Acute phase) ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วย ต้องได้รับ ประมาณ 20-25 kcal/kg/day ภายใน 72-92 ชั่วโมงแรก และควรได้สารอาหารโปรตีน ประมาณ 1.2 - 2 g/kg/day และไขมันไม่ควรเกิน 0.1 gm/ kg/day เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายขณะให้อาหารควรดูแลให้ ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และมีการทดสอบ ตำแหน่งทุกครั้งก่อนให้อาหารเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร 1.4 การดูแลด้านจิตสังคมผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในภาวะ ผู้ป่วยวิกฤต จะมีปัญหาความวิตกกังวล กลัวโรคเดี๋ยวไป จนถึงสิ้นหวัง จากสภาวะโรคและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะทางสมอง

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สื่อสารไม่ได้ จะทำให้เกิดความสูญเสียพลังอำนาจ เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากมีปัญหในการพูดสื่อสาร นอกจากผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาแล้ว สมาชิกในครอบครัวยังต้องเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย ดังนั้น พยาบาลต้องมีบทบาทในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้ 1.5 จัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม อาทิ ให้มีเสียงรบกวนน้อย เช่น เสียงการทำงานของอุปกรณ์การรักษาพยาบาล เสียงพูดคุยของแพทย์พยาบาลเสียงโทรศัพท์ เป็นต้น จัดสถานที่ให้มีแสงสว่างเพียงพอไม่มากหรือน้อยไป 1.6 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบวัน เวลาโดยจัดหาปฏิทินนาฬิกาที่สามารถมองเห็น บอกเวลากลางวัน-กลางคืนอาจจัดให้ผู้ป่วยฟังวิทยุ หรือให้ญาติอ่านหนังสือให้ฟังตามความเหมาะสม 1.7 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงนุ่มนวล แสดงความเห็นอกเห็นใจโดยวิธีสัมผัสผู้ป่วย
ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	กรณีศึกษาจำหน่ายโดยส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน อาการทางระบบประสาทปกติ GCS E4VTM6 pupil 3min react to light both eyes motor power left 0 right grade V ส่งConsult IMCก่อนจำหน่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายเนื่องจากมีแขนและขาอ่อนแรงให้คำแนะนำการดูแลทางเดินหายใจ การให้อาหารทางสายยางและการป้องกันการสำลักอาหาร การดูแลบาดแผลกดทับ การออกกำลังกายแขนขา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การ	กรณีศึกษาจำหน่ายโดยกลับบ้าน อาการทางระบบประสาทGCS E4VTM6 pupil 3min react to light both eyes motor power left IV right grade V รับประทานอาหารได้ประเมิน ADLได้ 18 คะแนน ส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมินการกลืนและการออกกำลังกาย และ ส่งConsult IMC ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับการประสานการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวร่างกายจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สามารถลุกนั่งและเคลื่อนไหวร่างกายได้และประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยมอาการเมื่อจำหน่าย	<u>การดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพ</u> เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ดังนี้ 1. ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่ และสิ่งที่ต้องดูแลต่อการป้องกันกลับเป็นซ้ำ 2. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการทางประสาท การมีแขนและขาอ่อนแรงเพิ่มมากขึ้น การชักเกร็ง หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 3. แนะนำสอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล(caregiver) เกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดป้องกันข้อติด การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การเฝ้าระวังการพลัดตกเตียง การได้รับยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามแพทย์นัด 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่าง ๆ 5. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบใช้งาน 6. สอนญาติทำแผลและดูดเสมหะได้อย่างถูกวิธี 7. สอนญาติดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดที่ปลอดเชื้อ โดยทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุกและน้ำสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งที่ปนเปื้อนอุจจาระรวมทั้ง

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			ตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้ง 8.ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัวไว้ในห้องหรือข้างตู้ข้างเตียง เนื่องจากกรณีศึกษา สามารถจำหน่าย โดยการส่งต่อและจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต มีแผนการรักษาให้กลับมาพบแพทย์ 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา และได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน

ผลลัพธ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลในภาวะวิกฤตและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติในระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อเตรียมจำหน่ายกลับสู่ชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมให้การพยาบาลโดยให้การพยาบาลแบบองค์รวมแบบองค์รวม จึงส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการ ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายได้ ผู้ป่วยรายที่ 1 พบภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน คือ มีปัญหาของระดับความรู้สึกตัว การหายใจ แขนและขาซีกซ้ายอ่อนแรง มีปัญหาการกลืน แผลกดทับบริเวณก้น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หลังรับการรักษาด้วยการให้ยา การผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จึงประสานงานทีม Inter mediate care เพื่อดูแลต่อเนื่องสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้รับการรักษาด้วยการให้ยากลุ่ม Antiplatelet ร่วมกับการสังเกตอาการทางสมอง พบภาวะแทรกซ้อน อ่อนแรงแขนและ

ขาด้านซ้ายและปัญหาด้านการกลืนลำบาก ผู้ป่วยได้รับการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อประเมินการกลืนและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ รับประทานอาหารได้ไม่สำลักอาหารสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

จากการศึกษา ทั้ง 2 ราย การดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ โดยใช้การพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม จึงส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการ ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย และได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดง ตามพยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง

กรณีศึกษารายที่ 1 มีพยาธิสภาพรุนแรงส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัว การหายใจและมีภาวะความดัน

ในกะโหลกศีรษะสูงและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองเพื่อระบายแรงดันในกะโหลกศีรษะ หลังผ่าตัดผู้ป่วยรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน รักษาด้วยการเจาะคอพบภาวะแทรกซ้อน มีปัญหาการกลืน แขนและขาอ่อนแรง แผลกดทับ มีภาวะข้อติดกล้ามเนื้อ การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสำคัญเป็นอย่างมากและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการดูแล

กรณีศึกษา รายที่ 2 พบปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันคือมีอาการแขนขาอ่อนแรง อ่อนแรง และปัญหาการพูดและการกลืน หลังการรักษาด้วยยาและการฟื้นฟูสภาพจากแพทย์เฉพาะทางทางอายุรแพทย์ประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอาการอ่อนแรงและปัญหาการกลืนดีขึ้นตามลำดับจนสามารถจำหน่ายไปฟื้นฟูอาการที่บ้าน จากการศึกษาพบว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติสามารถวางแผนการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย นอกจากการรักษาในโรงพยาบาลการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากกลับเข้าสู่ชุมชนจะมีความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายซึ่งต้องกระทำตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่ายจาก โรงพยาบาลสู่บ้านโดยมีกระบวนการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและสถานบริการพยาบาลในชุมชนร่วมกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งการดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายจึงถือเป็นหน้าที่สำคัญยิ่งของพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนที่ต้องปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่

บ้าน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยต้องเป็นลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประโยชน์สูงสุด คือการมีคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตที่ยืนยาวของผู้ป่วยต่อไปนอกจากการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตการวางแผนการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งการวางแผนจำหน่ายเป็นอีกบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยในการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือป้องกันการกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 2 ราย ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ผู้ป่วยรายแรกได้รับการรักษาหลังการผ่าตัดสมองหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องเจาะคอการพยาบาลมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะคอและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน รายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแขนและขาอ่อนแรง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับสามารถจำหน่ายกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับในผู้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่ม ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ อ้วนและกลุ่มไม่ออกกำลังกาย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดงเบื้องต้น อาการ FAST ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลเพื่อรักษา



2. ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ อ้วน และกลุ่มไม่ออกกำลังกาย รวมทั้งกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันควรได้รับการประสานงานให้ติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะ Inter media care มีความต่อเนื่องถึงชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและป้องกันการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke study group. (2020). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*, 333(24),1581-7.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2020: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *Lancet* 2012; 15; 380:2095-128.
3. Ministry of Public Health. Department of Disease Control. Bureau of Non-Communicable Diseases. Annual report 2017 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2020 [cited 2019 Jun 15]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/NCDReport60.pdf>
4. American Stroke Association.(2020) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10, 2018, from https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols
5. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ : โอโมชั่น อาร์ตจำกัด; 2560
6. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
7. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)

ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลอ่างทอง

Factors Affecting Motivation of Back office employees in Angthong Hospital.

(Received: September 14,2023 ; Revised: September 17,2023 ; Accepted: September 19,2023)

วารภรณ์ วังเมธากุล¹ ทศนีย์ สุนทร²

Warapron wangmaethakul¹ Thatsanee Sunthorn²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างคือ คือ บุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 238 คน คำนวณจากสูตรของเครซีและมอร์แกน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เท่ากับ .93 และ .95 ตามลำดับ และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลอ่างทอง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.61$, S.D.= 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านนโยบายและการบริหารงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากอันดับ 1 ($\bar{X} = 3.95$, S.D.= 0.62) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากอันดับ 2 ($\bar{X} = 3.91$, S.D.= 0.55) ด้านความสำเร็จในงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากอันดับ 3 ($\bar{X} = 3.84$, S.D.= 0.61) และด้านเงินเดือนและสวัสดิการมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.14$, S.D.= 0.81) ผลการวิเคราะห์ด้านความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.00 โดยพบว่ามีเพียง 2 ปัจจัยได้แก่ อายุ และตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายพยากรณ์ได้ร้อยละ 6.17

คำสำคัญ : แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน, บุคลากรสายสนับสนุน

ABSTRACT

This study was quantitative research aimed at studying the level of motivation to perform tasks, the factors affecting performance motivation and the correlations between personal factors and performance motivation of back-office employees at Angthong Hospital, [Angthong Province, Thailand. The sample consisted of 238 back-office employees at Angthong Hospital. The sample size was calculated based on Krejcie and Morgan's formula. The research instrumentation consisted of questionnaires in which responses were rated on 5-point Likert scales. The quality of research instruments was checked by 3 experts, whereby the content validity index of the personal data questionnaire and performance motivation questionnaire were found to be .93 and .95, respectively. Then the reliability of the questionnaires was checked by using Cronbach's alpha coefficient, which yielded a reliability values of .94 and .98, respectively. The data obtained were analyzed with descriptive statistics and multiple regression analysis.

The research findings reveal that the mean score for overall motivation for the performance of back-office employees at Angthong Hospital was very high ($\bar{X} = 3.61$, S.D.= 0.52). When individual aspects were considered, it was found that policy and administration had the highest and high mean scores at Level 1 (

¹ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โรงพยาบาลอ่างทอง

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอ่างทอง

$\bar{X} = 3.95$, S.D.= 0.62), followed by responsibility with the highest average score at Level 2 ($\bar{X} = 3.91$, S.D.= 0.55). Job success has the highest mean score at Level 3 ($\bar{X} = 3.84$, S.D.= 0.61) and salary and benefits had the lowest mean scores ($\bar{X} = 3.14$, S.D.= 0.81). The results of the analysis revealed that personal factors were positively correlated with overall performance motivation with statistical significance at .00. According to the findings, only two factors, namely age and job title, were positively correlated to a low degree with statistical significance at .01. It can be concluded, therefore, that the aforementioned factors have predictive power at 6.17.

Keywords: motivation to perform tasks, back-office employees

บทนำ

การปฏิบัติงานให้มีประสิทธิผลบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างหลายประการ โดยเฉพาะปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะทำให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจและพยายามทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่ เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานและนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กร¹ และสิ่งหนึ่งที่จะควบคู่กับองค์กรและเป็นพลังสำคัญให้การปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น คือ บุคลากร ซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์อันเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า มีความคิดและมีศักยภาพในตัวเอง มีความแตกต่างกันทั้งในด้านความรู้ ทักษะและทัศนคติที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้บริหารที่จะทำให้องค์กรขับเคลื่อนไปข้างหน้า ดังนั้นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการทำงานของบุคลากรเป็นอย่างมาก ถ้าหากบุคลากรมีแรงจูงใจจะทำให้บุคลากรมีความตั้งใจในการทำงานได้อย่างแท้จริง ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงาน สามารถฟันฝ่าอุปสรรคไปได้ ทำให้องค์กรมีความแข็งแกร่งมากยิ่งขึ้นและบรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กรได้

โรงพยาบาลอ่างทองเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเป็นสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข² ที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังภายในองค์กร โดยบุคลากรสายสนับสนุนส่วนมากเป็นลูกจ้างรายคาบ (รายวัน) ทำ

ให้ไม่มั่นคงในสถานภาพ ไม่มีความก้าวหน้าในงานที่ปฏิบัติ มีการเข้าออกงานบ่อย หรือมีการปรับลดวุฒิของลูกจ้าง ซึ่งเป็นปัญหากับตำแหน่งบางตำแหน่งที่ต้องการความต่อเนื่องของการปฏิบัติงานและส่งผลกระทบต่อพัฒนาองค์กรในภาพรวม จากข้อมูลบุคลากรสายสนับสนุนการจ้างของลูกจ้างชั่วคราวรายคาบของโรงพยาบาลอ่างทอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึงปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีอัตราการเข้าทำงาน 181 คน และลาออก 44 คน คิดเป็นร้อยละ 15.46 ส่วนพนักงานกระทรวงการเข้าทำงาน 182 คน และลาออก 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.04 ส่วนข้าราชการพลเรือนพนักงานราชการและลูกจ้างประจำไม่มีข้อมูลการลาออก (ทะเบียนฝ่ายบุคคลโรงพยาบาลอ่างทอง ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566) โดยสาเหตุการลาออกของลูกจ้างชั่วคราวรายคาบและพนักงานกระทรวงมีเหตุผลหลายประการ เช่น ความรู้สึกไม่มั่นคงกับตำแหน่งหน้าที่สวัสดิการยังไม่ดีพอเมื่อเปรียบเทียบกับพนักงานหรือลูกจ้างในบริษัทเอกชนถือว่ายังด้อยอยู่มากจึงมีผลทำให้ลูกจ้างชั่วคราวรายคาบ และพนักงานกระทรวงสายสนับสนุนในโรงพยาบาลอ่างทองจำเป็นต้องออกหางานใหม่เพื่อความมั่นคงในหน้าที่การงานและผลตอบแทนที่ได้รับจากการทำงาน องค์กรที่ต้องการจูงใจบุคลากรให้ทำงานได้ยาวนานจึงต้องจูงใจบุคลากรด้วยแรงจูงใจทั้งจากภายในและแรงจูงใจภายนอก ซึ่งแรงจูงใจในการทำงานเกิดจากความพึงพอใจ (Satisfaction) (Herzberg's two-factor theory)¹ จากการได้รับการยอมรับ ความก้าวหน้าในการทำงานและความภูมิใจในการ

ทำงานและความไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการทำงานของพนักงาน ได้แก่ นโยบายขององค์กร อุปกรณ์และเครื่องมือในการทำงาน ค่าตอบแทนในการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน³ ทั้งนี้ในการทำงานจำเป็นต้องมีการสร้างสิ่งดึงดูดใจบุคลากรและต้องลดสิ่งที่ไม่พึงพอใจด้วย เพราะทรัพยากรบุคคลเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จขององค์กรและยังเป็นแรงสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กรให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบผลศึกษาปัจจัยแรงจูงใจในการทำงานเป็นสิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการทำงานที่เป็นสิ่งกระตุ้นพร้อมกับเสริมแรง สร้างกำลังใจให้แก่บุคคลเพื่อก้าวไปสู่ความสำเร็จในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานที่ดีขึ้น⁴ และยังพบผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นเพศ อายุ และระดับการศึกษาที่ต่างกันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานและสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานของพนักงานให้สูงขึ้นได้⁵ อีกทั้งยังพบผลการศึกษาปัจจัยด้านตำแหน่งงานและรายได้ที่แตกต่างกันจะมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากภาระหน้าที่ของตำแหน่งงานที่สูงกว่า จะสามารถบริหารจัดการผู้ใต้บังคับบัญชาให้ช่วยปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ ได้มีประสิทธิภาพในการทำงานที่มากขึ้นได้เช่นกัน⁶ นอกจากนี้ผลจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ปัจจัยจูงใจในการทำงานและประสิทธิภาพในการทำงานมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กรไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของความรักใคร่ชอบ ค่าจ้าง สิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีความสัมพันธ์ที่จะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มสูงขึ้นได้และยังพบความเอาใจใส่ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกันในองค์กรที่ดีเยี่ยมสร้างแรงจูงใจในการทำงานที่สามารถทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจในงาน⁷ ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมจึงอาจ

กล่าวได้ว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดึงดูดให้บุคลากรทำงานและคงอยู่กับองค์กร ทั้งนี้หากบุคลากรได้รับแรงจูงใจที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้บุคลากรตั้งใจทำงานอย่างเต็มที่ มีความมุ่งมั่นในการทำงานและต้องการพัฒนาองค์กร ส่งผลให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายขององค์กรได้ในที่สุด

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง เพื่อที่จะเสนอแนะเป็นแนวทางให้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงการบริหาร เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล และบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การตลอดจนพัฒนาองค์กรให้ก้าวหน้าต่อไป ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริซเบิร์ก (Herzberg's two-factor theory)¹ มาปรับให้มีความเหมาะสมกับการศึกษาความต้องการและแรงจูงใจในการทำงานสายสนับสนุนโรงพยาบาลอ่างทอง ซึ่งจะทำให้ทราบถึงความต้องการในการทำงานของบุคลากร รวมถึงได้ทราบถึงปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจที่จะใช้ในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้บุคลากรผลิตบริการมากขึ้น โดยผลการศึกษาที่ได้นี้ใช้เป็นข้อมูลและเป็นแนวทางให้ผู้บริหารพิจารณาใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการและแรงจูงใจของบุคลากรสายสนับสนุนอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง

สมมติฐานงานวิจัย

บุคลากรสายสนับสนุนที่มีเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ต่อเดือน และ
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ในลักษณะการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลอ่างทองด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เก็บข้อมูลเดือน 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยเป็นผู้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่จำกัดเพศ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และไม่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 249 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกจากประชากรโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) จากสูตรของเครซซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 227 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (Dropout rate) และความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย⁹ สำหรับการวิจัยนี้โดยใช้อัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 5¹⁰ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 238 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนใกล้เคียงกับประชากรจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกแล้วได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 249 คน จึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้จำนวน 249 คน

ระยะเวลาปฏิบัติงานต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน โดยใช้แบบสอบถามตรวจรายการ (Check list) ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำแนกเป็น 11 ด้าน คือ 1) ด้านนโยบายและการบริหารงาน 2) ด้านการนิเทศงานและการปกครองบังคับบัญชา 3) ด้านเงินเดือนและสวัสดิการ 4) ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน 5) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน 6) ด้านความมั่นคงในงาน 7) ด้านความสำเร็จในงาน 8) ด้านการยอมรับนับถือ 9) ด้านลักษณะงานที่ทำ 10) ด้านความรับผิดชอบ 11) ด้านความก้าวหน้าในอาชีพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นการให้คะแนนตามระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างและใช้มาตราของ Likert scale 5 ระดับ¹¹

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยแบบสอบถามตอนที่ 1 และตอนที่ 2 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ และตรวจค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดอ่างทองแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง และติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างด้วย

ตนเอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและขอความกรุณาให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วนำแบบสอบถามใส่ซองสีน้ำตาลปิดผนึกและส่งคืนผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถาม ที่มีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ จำนวน 238 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.58 ของแบบสอบถามที่แจกไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปด้านประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) 2) วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis: MRA)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดอ่างทอง เลขที่โครงการวิจัย ATGEC 19/2566 วันที่ 8 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 60.90 และเพศชาย จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 39.10 มีอายุระหว่าง

41 ปี – 50 ปี จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 รองลงมาคืออายุระหว่าง 31 ปี – 40 ปี จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 30.70 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช./ประกาศนียบัตรวิชาชีพขึ้นไป จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 42.00 รองลงมาคือระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 36.10 มีสถานภาพสมรสแล้วอยู่ด้วยกัน จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 53.80 รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 38.20 เป็นพนักงานกระทรวง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 51.30 รองลงมาเป็นพนักงานรายเดือน/รายคาบ (ลูกจ้างชั่วคราว) จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 29.80 มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 29.80 รองลงมาคือระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำกว่า 5 ปี และ 5 ปี-10 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 22.12 และได้รับอัตราเงินเดือนมากกว่า 10,000-15,000 บาท จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 47.10 รองลงมาได้รับอัตราเงินเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30 ตามลำดับ

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง โดยภาพรวมบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.61$, S.D.= 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากอันดับ 1 ได้แก่ ด้านนโยบายและการบริหารงาน ($\bar{X} = 3.95$, S.D.= 0.62) รองลงมาคือด้านความรับผิดชอบมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากอันดับ 2 ($\bar{X} = 3.91$, S.D.= 0.55) และด้านความสำเร็จในงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากอันดับ 3 ($\bar{X} = 3.84$, S.D.= 0.61) ส่วนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านเงินเดือนและสวัสดิการ ($\bar{X} = 3.14$, S.D.= 0.81

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยภาพรวมของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง (n = 238)

ปัจจัย	คะแนนดิบ (Unstandardized Coefficients)		คะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficients)	t
	B	Std.error	Beta	
อายุ	-.109	0.51	-.2121	-2.121*
ตำแหน่งงาน	-.1.42	0.46	-.247	-3.087**
ค่าคงที่	4.161	.280		14.852***

F= 3.880 Sig= .001 R= .325 R²=.106 R^{adj}=.078 Std Error= .503

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

จากตารางที่ 1 ตัวแปรที่เข้าในสมการถดถอย พบว่าคุณพบว่าความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.00 โดยพบว่ามีเพียง 2 ปัจจัยได้แก่ อายุ และตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยภาพรวมของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายพยากรณ์ได้ร้อยละ 6.17

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลอ่างทอง อภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. บุคลากรสายสนับสนุนที่มีอายุต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน โดยพบว่าในภาพรวมบุคลากรที่มีอายุต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้อภิปรายได้ว่าบุคลากรสายสนับสนุนทุกคนไม่ว่าจะมีอายุน้อยหรืออายุมากต่างมีเป้าหมายในชีวิตต่างกัน มีต้องการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ต้องการความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และได้รับผลตอบแทนเหมาะสมนอกจากตามความรู้ความสามารถที่ต่างกัน อาจต้องตามอายุการทำงานอีกด้วย จึงทำให้บุคลากรที่มีอายุต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่างกัน และผลการศึกษา

ยังพบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของเฮนดราวิจายา (Hendrawijaya)⁵ โดยพบว่ามีอายุที่แตกต่างกันจะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. บุคลากรสายสนับสนุนที่มีตำแหน่งงานต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน โดยพบว่าในภาพรวมบุคลากรที่มีตำแหน่งงานต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้อภิปรายได้ว่าอาจเป็นเพราะว่า บุคลากรระดับงานปฏิบัติการโดยส่วนใหญ่ ไม่มีความพึงพอใจในงานเป็นบางครั้ง บางคราว จากการไม่สามารถเลือกตำแหน่งงานที่ตนเองสนใจได้ หรืองานที่สามารถพัฒนาตนเองได้สูงขึ้นมากกว่านี้ เพราะงานหรือตำแหน่งที่ดีกว่านี้โดยส่วนใหญ่จะบรรจุให้กับระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จึงทำให้บุคลากรในกลุ่มระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช/ปวส ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่ต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของปรีดา พรหมเพชร¹⁴ ที่พบว่าปัญหาในการทำงานของแรงงานไม่ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการทำงาน แรงงานไม่มีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่ง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลอ่างทอง

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่า

อายุ ตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยภาพรวมของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองอย่างในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานเฉพาะอายุและตำแหน่งงานเท่านั้น โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายพยากรณ์ได้ร้อยละ 6.17 ผลจากการวิจัยปรากฏเช่นนี้เพราะบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลอ่างทองโดยส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ต้องการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน การได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา ต้องการความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประกายมาศ เพชรรอด¹⁶ อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อแรงจูงใจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากผลการวิจัยจะพบว่าบุคคลที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป จะมีแรงจูงใจแตกต่างกับทุกช่วงอายุอาจเป็นเพราะว่าบุคลากรรู้สึกทำงานที่ทำมีความมั่นคง ไม่ถูกไล่ออกโดยง่าย และยังเป็นอาชีพที่มีเกียรติและศักดิ์ศรี และตำแหน่งงานที่สูงขึ้น หากตำแหน่งงานปรับสูงขึ้นตามอายุการทำงานจะส่งผลให้บุคลากรสายสนับสนุนมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของปรีดาพรหมเพชร¹⁴ ที่พบว่า ปัญหาในการทำงานของแรงงานพบว่า แรงงานไม่ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการทำงาน แรงงานไม่มีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลอ่างทอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านเงินเดือนและสวัสดิการยังมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ดังนั้นโรงพยาบาลอ่างทอง ควรมีเกณฑ์ในการพิจารณาปรับขึ้นเงินเดือน และเลื่อนตำแหน่ง ตามอายุการทำงานของบุคลากรที่เป็นมาตรฐานชัดเจน เช่น การเพิ่มเงินสมทบกองทุน

สำรองเลี้ยงชีพเพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรอยู่กับองค์กรในระยะยาว

2. จากผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานมีค่าเฉลี่ยน้อยรองจากด้านเงินเดือนและสวัสดิการ ดังนั้น โรงพยาบาลอ่างทองควรปรับจำนวนชั่วโมงในการทำงานมีความเหมาะสม เพื่อให้รู้สึกว่าการเปรียบเสมือนบ้านหลังที่สองของบุคลากร และมีความสุขในการทำงาน

3. จากผลการศึกษาพบว่าตำแหน่งงานมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานดังนั้นองค์กรควรปรับปรุงเรื่องการเลื่อนตำแหน่งงานของพนักงานระดับปฏิบัติงาน ให้ได้มีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่งตามความรู้ความสามารถ การเลื่อนตำแหน่งภายในหน่วยงานควรมีความเป็นธรรมและเหมาะสม รวมทั้งควรปรับปรุงระบบการขึ้นเงินเดือนประจำปี ให้เป็นไปอย่างก้าวหน้า และมีประสิทธิภาพโดยรวม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่ลงลึกในรายละเอียดของข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนั้น เพื่อให้การวิจัยครั้งต่อไปมีความถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์มากขึ้น จึงควรพิจารณาการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ผลการศึกษาในลักษณะเปรียบเทียบ หรืออาจทำวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ (Mixed Method) เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่มีความชัดเจนมากขึ้น

2. ผู้ที่สนใจศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่งผลต่อการปฏิบัติงาน อาจพิจารณาตัวแปรอื่นที่มีความสำคัญ เช่น ประเด็นความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร เพื่อให้ได้มุมมองทางวิชาการที่สามารถเติมเต็มแนวคิดเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผู้ที่สนใจทำ การศึกษาซ้ำในเรื่องนี้ควรพิจารณากลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาที่มีความแตกต่างเพื่อให้

เกิดภาพที่ชัดเจนในเชิงการนำผลการวิจัยไปใช้ได้ดียิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในส่วนของระดับผู้

บริหารงาน เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยในการบริหารและนำมาบูรณาการในการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Herzberg F. The Motivation to Work. New York: McGraw-Hill Book; 1959.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
3. Hong T, Waheed A. Herzberg's motivation-hygiene theory and job satisfaction in the Malaysian Retail Sector. The Mediating Effect of Love of Money. Asian Academy of Management Journal 2011, 16(1), 73-94.
4. นิตยา ไชยทองศรี, สุธรรม พงษ์สำราญ และอิงอร ตันพันธ์. แรงจูงใจที่มีต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานพนักงานฝ่ายผลิตของบริษัทซัมมิทโอโต บอดี อินดัสตรี จำกัด. วารสารนาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, 2563, 12(1), 62-76.
5. Hendrawijaya AT. Demographic factors and employee performance: The mediating effect of employee empowerment. Media Ekonomi Dan Management 2019, 34(2), 116-136.
6. ศิรดา เพชรแก้วกุล และเฉลิมพร เย็นเยือก. แรงจูงใจที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานบริษัท ท่าอากาศยานไทย จำกัด (มหาชน) กรณีศึกษาท่าอากาศยานนานาชาติดอนเมือง. วารสารรัชต์ภาคย์ 2563, 14(33), 75-90.
7. ณิชกานต์ บรรพต และกมลพร สอนศรี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวปฏิบัติที่ดีของการบริหารผลการปฏิบัติงานของกรมชลประทาน. วารสารการเมืองการปกครอง 2561, 8(1), 90-111.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample for Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970, 30, 607-610.
9. Polit DF, Beck CT. Research in Nursing Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (10thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
10. Gubta KK, Attri JP, Singh, A, Karu H, Karu G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. Saudi J Anaesth 2016, 10(3), 328-331.
11. Waltz C, Strickland OL, Lenz E. Measurement in nursing and health research (5 th ed.). New York: Springer; 2017.
12. วณิดา ประดิษฐ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูและบุคลากรทางการศึกษา ในวิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีลพบุรี. การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการทั่วไป คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยโลโยราชมงคลล์ลอบูรี.(2554).
13. พัชรนันท์ จุมพลพิทักษ์, ณิชกุล กุลิสร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานของพนักงานประจำสำนักงานโรงงานประกอบแผงวงดิเล็คทรอนิกส์แห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. วารสารธุรกิจศรีนครินทร์วิโรฒ 2555, 3(1), 61-77.
14. ปรีดา พรหมเพชร. แรงจูงใจในการทำงานของแรงงานต่างด้าวในโรงงานอุตสาหกรรม บริษัทสยามอินเตอร์เนชั่นแนล ฟู้ด จำกัด อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2555.
15. ทศย์รัตน์ บัณฑิตยารักษ์. การศึกษาสมรรถนะของนักศึกษาสหกิจศึกษา สาขาวิชาเทคโนโลยีโลจิสติกส์และการจัดการ ระบบขนส่ง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก ตามความคิดเห็นของสถานประกอบการ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
16. ประกายมาศ เพชรรอด. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท แอล.วาย. อินดัสตรีส์ จำกัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต; 2557.

การพัฒนาเพื่อยกระดับมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและคุณภาพอากาศภายใน อาคารของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดภูเก็ต

Development to Raise standards for Environmental health, Safety and Indoor air quality

Management of Childhood development centers in Phuket province

(Received: September 14,2023 ; Revised: September 17,2023 ; Accepted: September 19,2023)

ศุภลักษณ์ ดำรงค์เชื้อ¹

Supaluck Dumrongchua¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและคุณภาพอากาศภายในอาคารของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดภูเก็ต เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 31 แห่ง ตรวจสอบประเมินคุณภาพอากาศภายในอาคาร จำนวน 10 แห่ง พร้อมสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพอากาศภายในอาคารและสอบถามปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพอากาศภายในอาคารของครูพี่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่ จำนวน 84 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในปี 2566 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยได้ตามมาตรฐาน ยกเว้นด้านระบบป้องกันอัคคีภัยซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.8 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และพบปัญหาในบางแห่งเกี่ยวกับความเสี่ยงของสนามเด็กเล่น ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในอาคารซึ่งเป็นห้องปิดที่มีการใช้ระบบปรับอากาศแบบแยกและไม่มีระบบการระบายอากาศ พบว่า คุณภาพอากาศภายในอาคารทั้ง 10 แห่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยจำนวนมากกว่าครึ่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในพารามิเตอร์ได้แก่ อุณหภูมิ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และอนุภาคที่มีขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน และทุกแห่งมีปริมาณเชื้อแบคทีเรียรวมในอากาศเกินเกณฑ์มาตรฐานโดยสูงสุดที่ตรวจพบสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึง 11 เท่า ด้านปัญหาสุขภาพพบว่า ครูพี่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 22.6 มีประสบการณ์ที่มีอาการเกี่ยวกับคุณภาพอากาศภายในอาคารในขณะที่ทำงาน โดยอาการแสดงที่พบ เช่น แน่นจมูก คอแห้ง ไอ ปวดศีรษะ วิงเวียน ระคายเคืองตา ผิวหนังคัน ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล

คำสำคัญ : ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย อนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย คุณภาพอากาศภายในอาคาร

Abstract

This survey research aimed to evaluate the management standards for environmental health, safety, and indoor air quality of early childhood development centers in Phuket Province. Data were collected by using standard assessment forms from 31 child development centers and 10 child development centers assessing indoor air quality, as well as surveying factors affecting indoor air quality and a sample confidential questionnaire for building occupants related to indoor air quality among 84 mentor teachers and officers. Analyzed quantitative and qualitative data collected in 2023. The study found that most early childhood development centers have environmental health and safety management in accordance with standards. Except for the fire protection system, where it was found that the majority, 96.8 percent, did not pass the standard criteria, and problems were found in some childhood development centers regarding the risks of playgrounds. The results of measuring the air quality inside the buildings, which are closed rooms with split type air conditioning systems and no ventilation systems, found that the air quality inside the 10 childhood development centers buildings did not pass the standards. More than half of them did not pass the standard criteria in parameters such as temperature, carbon dioxide, and particles less than 10 microns in size, and all childhood development centers had total bacteria in the air that exceeded the standard, with the highest detected 11 times higher than the standard. Regarding health problems, 22.6 percent of teachers, mentors, and staff experienced symptoms. Related to indoor air quality while working. The symptoms found include a stuffy

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

nose, dry throat, cough, headache, dizziness, eye irritation, and an itchy skin rash. The outcome will be different for each individual.

Key Words: Child development centers, Environmental health, Safety, Indoor air quality

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญในการพัฒนา ด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็วและเป็นรากฐานที่สำคัญ สำหรับพัฒนาการในช่วงวัยต่อ ๆ ไป แต่จากสภาพ เศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป สถานศึกษาปฐมวัย จึงมีบทบาทมากขึ้น เนื่องจากพ่อแม่ผู้ปกครองต้อง ทำงานนอกบ้านทำให้ต้องหาผู้ดูแลแทน¹ ในปัจจุบัน สถานศึกษาปฐมวัย เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย (ศพด.) และโรงเรียนอนุบาล เปรียบเสมือนบ้านหลังที่ สองที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัยรองจากพ่อแม่และแม่ โดยร้อยละ 30 ของเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 3-6 ปีแรก ของชีวิตจะเติบโตในสถานที่เหล่านี้ แต่จากรายงาน ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์ พบว่า ศูนย์รับเลี้ยงเด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 3-5 ขวบ จำนวนมากถึงร้อยละ 90 มีคุณภาพต่ำกว่า มาตรฐาน และด้านคุณภาพของสถานรับเลี้ยงเด็ก เอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 108 แห่ง พบว่า สถานรับเลี้ยงเด็กส่วนใหญ่มีคุณภาพด้าน สุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเช่นกัน² นอกจากนี้ มีรายงานว่าปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พบบ่อย ใน ศพด.³ ได้แก่ โครงสร้างไม่ได้มาตรฐาน พื้นที่แคบ ของเล่นไม่เพียงพอ มีสภาพชำรุดขาดการดูแล ปัญหา ห้องน้ำ ห้องส้วมไม่เพียงพอ สภาพเก่าและชำรุด นอกจากนี้ ยังมีจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและ โรคติดต่อ ซึ่งผลการสำรวจยังพบว่า ศพด. มีอุบัติเหตุ จากการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 38 มีอุบัติเหตุจาก เครื่องเล่นสนาม ร้อยละ 29 และปัญหาของเล่นชำรุด รอยขีดข่วน ร้อยละ 37 อย่างไรก็ตามจากเหตุการณ์ ต่าง ๆ บ่งชี้ว่า เด็กปฐมวัยที่อยู่ในสถานที่เหล่านี้เป็น กลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหลายชนิด ได้แก่ โรคติดต่อ ทางอาหารและน้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดเชื้อ เติบโตขึ้นจากระบบทางเดินหายใจ⁴ เนื่องจากเด็ก วัยนี้มีระบบภูมิคุ้มกันที่ยังไม่แข็งแรง มีความไวต่อ การรับสัมผัสเชื้อโรค ทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อโรคเข้าสู่

ร่างกายได้ง่ายและรวดเร็ว รวมถึงถ้าอยู่ในสถานที่ที่ เป็นที่อยู่อาศัยของจุลินทรีย์ก็ยิ่งมีความเสี่ยงจะได้รับ อันตรายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจุลินทรีย์ในอากาศแม้ได้รับ เพียงเล็กน้อย แต่ถ้าเป็นชนิดก่อโรคสามารถทำให้เกิด การติดเชื้อได้และอากาศยังช่วยให้การ แพร่กระจายของเชื้อจุลินทรีย์เหล่านี้เป็นไปได้ อย่าง รวดเร็ว ซึ่งโรคที่เกิดจากจุลินทรีย์ในอากาศ ได้แก่ วัณโรค โรคคอติบ โรคไอกรน เชื้อไข้หวัด⁵ เป็นต้น และโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากเชื้อรา อันเนื่องมาจากการ สร้างสารพิษ การก่อให้เกิดภูมิแพ้และการสัมผัส โดยตรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่ก่อให้เกิด ภูมิแพ้ เนื่องมาจากสปอร์ของเชื้อราที่มีน้ำหนักเบาและขนาด เล็กที่อยู่ตามอากาศ และสามารถแพร่กระจายไป ตามกระแสลมได้ ในระยะไกล⁶ นอกจากนี้ ปัญหา คุณภาพอากาศภายในอาคาร ศพด. เป็นปัญหาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมสำคัญ ที่อาจส่งผลกระทบต่อ สุขภาพของเด็กปฐมวัยรวมทั้งบุคลากร โดยจากผล การศึกษาของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า ธนบุรี⁷ พบว่า คุณภาพอากาศภายในอาคาร ศพด. มี ปริมาณเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรารวมเกินมาตรฐานใน หลายแห่ง และการศึกษาของปริยัตินัย ใหม่เจริญศรี⁸ ได้ทำการตรวจวัดคุณภาพอากาศในอาคาร ศพด. จำนวน 10 แห่ง พบว่าส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตาม มาตรฐาน โดยเฉพาะดัชนีความสบายเชิงความร้อน ผุนขนาดเล็ก และปริมาณจุลินทรีย์ โดย ศพด. ทุก แห่งมีปริมาณฝุ่น PM_{2.5} และฝุ่น PM₁₀ สูงเกินเกณฑ์ มาตรฐาน บางแห่งมีค่าคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) เกินมาตรฐาน ส่วนปริมาณเชื้อแบคทีเรียรวมพบสูง เกินมาตรฐาน 8 แห่ง และปริมาณเชื้อรารวมสูงเกิน มาตรฐาน 4 แห่ง ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้ เห็นสถานการณ์ปัญหาคุณภาพอากาศภายในอาคาร ศพด. ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

ศพด. ที่ดีจะต้องมีการจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยที่เหมาะสม โดยถ้า

หากไม่มีการจัดการที่ดีอาจเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การเกิดอุบัติเหตุ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก เป็นต้น การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในศพด. จึงเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและควบคุมปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของเด็กและบุคลากร รวมถึงส่งเสริมให้มีการจัดการ ควบคุม และป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการจัดสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ น่าอยู่ มีการบริหารจัดการด้านอาคารสถานที่ให้มีความมั่นคง แข็งแรง ลดการบาดเจ็บต่าง ๆ จากอุบัติเหตุหรือจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย¹ และมีการจัดสภาพแวดล้อมและคุณภาพอากาศภายในอาคารที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของเด็กและบุคลากร ในปี 2566 จังหวัดภูเก็ต มี ศพด. ที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 31 แห่ง โดยการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของ ศพด. อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย รวมถึงปัญหาคุณภาพอากาศภายในอาคารของ ศพด. ที่จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของเด็กและบุคลากร ด้วยเหตุนี้ จึงได้มีการศึกษาเพื่อยกระดับมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และคุณภาพอากาศภายในอาคารของ ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดภูเก็ตที่จะนำไปสู่การเสนอแนะมาตรการและแนวทางการยกระดับมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดภูเก็ต สู่การพัฒนาเป็นสถานศึกษาปฐมวัยมาตรฐานสากล ภายใต้ชื่อโครงการศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย
2. เพื่อประเมินคุณภาพอากาศภายในอาคาร ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพอากาศภายในอาคารและปัญหาสุขภาพของบุคลากร

4. เพื่อเสนอแนะมาตรการและแนวทางการยกระดับมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและคุณภาพอากาศภายในอาคารของ ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดภูเก็ต

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) แบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยการประเมินมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาคุณภาพอากาศภายในอาคารและสอบถามปัญหาสุขภาพจากบุคลากรผู้ใช้ อาคาร และทำการตรวจประเมินคุณภาพอากาศภายในอาคารตามประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศในอาคารสาธารณะ พ.ศ. 2565 ข้อมูลทั้งหมดจะถูกรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมสมองให้ได้มาซึ่งข้อเสนอแนะมาตรการและแนวทางการยกระดับมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และคุณภาพอากาศภายในอาคารของ ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดภูเก็ต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูลมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของ ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดภูเก็ต ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย (ศพด.) สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตทุกแห่ง จำนวนทั้งสิ้น 31 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูลและตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในอาคาร ศพด. จำนวน 10 แห่ง ได้จากการคัดเลือกตัวแทนแบบเจาะจง สำหรับการสอบถามปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับคุณภาพอากาศภายในอาคาร (Sample confidential

questionnaire for building occupants) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ครูพี่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน ศพด. ทุกคนที่ให้ความยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินมาตรฐานฯ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มาใช้เก็บข้อมูล 7 ด้าน ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร เพื่อความปลอดภัย สภาพแวดล้อมภายในเพื่อความปลอดภัย เครื่องใช้เพื่อความปลอดภัย ของเล่นเพื่อความปลอดภัย การเดินทางที่ปลอดภัยสำหรับเด็กปฐมวัย ระบบอค์คิภัย และการประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงของสนามเด็กเล่นใน 4 ด้าน ได้แก่ การติดตั้งเครื่องเล่น พื้นสนาม การเฝ้าดูแล และการทำนุบำรุง กำหนดเกณฑ์แปลความหมายระดับความเสี่ยงตามเกณฑ์ของ กรมอนามัย¹ ดังนี้

คะแนนมากกว่า 21 คะแนน และผ่านเกณฑ์ข้อบังคับทุกข้อ ความเสี่ยงระดับ ปลอดภัย

คะแนนมากกว่า 17-20 คะแนน และผ่านเกณฑ์ข้อบังคับทุกข้อ ความเสี่ยงระดับ ต่ำ

คะแนนมากกว่า 13-16 คะแนน และผ่านเกณฑ์ข้อบังคับทุกข้อ ความเสี่ยงระดับ ปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า 13 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ข้อบังคับข้อใดข้อหนึ่ง ความเสี่ยงระดับสูง

2. แบบสำรวจปัญหาคุณภาพอากาศภายในอาคารเบื้องต้น และแบบสอบถามปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพอากาศภายในอาคาร (Sample confidential questionnaire for building occupants) ผู้ศึกษาได้นำมาจากคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อการตรวจประเมินคุณภาพอากาศภายในอาคารสำหรับเจ้าหน้าที่ จัดทำโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁹

3. การตรวจวัดคุณภาพอากาศในอาคาร ศพด. โดยทำการตรวจวัดในห้องเรียน จำนวน 1 ห้องต่อศพด. เพื่อเป็นตัวแทน ทำการตรวจวัดจำนวน 11 พารามิเตอร์ โดยใช้วิธีการตรวจวัดตามประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศในอาคารสาธารณะ พ.ศ. 2565 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิธีการตรวจวัดคุณภาพอากาศในอาคาร ศพด. และค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้

พารามิเตอร์ตรวจวัด	วิธีการตรวจวัดและเครื่องมือ	ค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้
ภาวะสบายเชิงความร้อน (Thermal comfort)		
- อุณหภูมิ (Temperature)	Thermometer/Testo 400	24 – 26 C°
- ความชื้นสัมพัทธ์ (Relative humidity)	Hygrometer sling/Testo 400	50 – 65 %
- การเคลื่อนที่ของอากาศ (Air movement)	Hot-wire anemometer/Testo 400	น้อยกว่า 0.3 m/s
สารปนเปื้อนในอากาศ (Air contamination)		
- ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO ₂)	Electrochemical sensor/TSI Q-Terk	ไม่เกิน 1,000 ppm
- ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO)	Electrochemical sensor/TSI Q-Terk	ไม่เกิน 9 ppm
- อนุภาคที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM _{2.5})	Optical scattering/Metone Aerocet 532	ไม่เกิน 25 µg/m ³
- อนุภาคที่มีขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM ₁₀)	Optical scattering/Metone Aerocet 532	ไม่เกิน 50 µg/m ³
- สารประกอบอินทรีย์ระเหยง่ายทั้งหมด (TVOCs)	Real-time photoionization detector/TSI Q-Terk	ไม่เกิน 1,000 ppb
- ก๊าซฟอร์มัลดีไฮด์ (Formaldehyde)	Real-time electrochemical sensor	ไม่เกิน 0.08 ppm
- เชื้อแบคทีเรียรวม (Total bacteria count)	เครื่องเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ (Spin Air) อัตราการไหลที่ 28.3 L/min เป็นเวลา 4 นาที อาหารเลี้ยงเชื้อที่ใช้คือ Tryptone Soya Agar (TSA) และตรวจวิเคราะห์โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต	ไม่เกิน 500 CFU/M ³
- เชื้อรารวม (Total fungal count)	เครื่องเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ (Spin Air) อัตราการไหลที่ 28.3 L/min เป็นเวลา 4 นาทีอาหารเลี้ยงเชื้อ ที่ใช้คือ 2% Malt Extract Agar และตรวจวิเคราะห์โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต	ไม่เกิน 500 CFU/M ³

หมายเหตุ: วิธีการตรวจวัดและค่ามาตรฐานอ้างอิงตามประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศในอาคารสาธารณะ พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับการประเมินมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพอากาศภายในอาคารและปัญหาทางสุขภาพที่อาจเกิดจากการใช้อาคารใช้สัทธิเชิงพรรณนาและนำเสนอในรูปแบบของค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดจากแบบสำรวจ/แบบสอบถามและกระบวนการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอข้อมูลเป็นข้อความแบบบรรยาย สำหรับข้อมูลการตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในอาคาร ศพด. นำเสนอค่าที่ตรวจวัดได้เปรียบเทียบกับเกณฑ์ค่ามาตรฐานคุณภาพอากาศภายในอาคารที่ยอมรับได้ตามประกาศกรมอนามัยฯ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต รหัสโครงการ PKPH 2023-024 วันที่ 29 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดภูเก็ต ผลการตรวจประเมินมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของ ศพด. จำนวน 31 แห่ง ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตพบว่า ศพด. ทุกแห่งยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยที่ครอบคลุมครบทุกประเด็นทั้ง 7 ด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจะแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาของแต่ละแห่ง แต่ในภาพรวม ศพด. ส่วนใหญ่มีการดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยได้ตามมาตรฐานในแต่ละด้านแสดงดังตารางที่ 2 อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เกณฑ์มาตรฐานแยกรายด้านพบว่า ในด้านสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารเพื่อความปลอดภัย ศพด. ทุกแห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานใน 4 จากจำนวนทั้งหมด 9 ประเด็น ได้แก่ (1) สภาพรั้วและประตูรั้วมีความ

มั่นคงแข็งแรง มีการตรวจเป็นประจำ ไม่ชำรุด ไม่มีโอกาสล้มหรือหลุดออกจากราง รางประตูไม่คดงอ ไม่บิดเบี้ยว ประตูรั้วมีความกว้างไม่น้อย 2.00 เมตร มีจุดรองรับและจุดล็อกที่แน่นหนาแน่นหนา ไม่มีการทรุดตัวของพื้นบริเวณรางประตู (2) ไม่มีสุนัขจรจัด และสัตว์อื่นในพื้นที่ของเด็กที่อาจกัดหรือทำร้ายเด็กได้ (3) การจัดระบบสุขาภิบาล การระบายน้ำและการจัดเก็บ สิ่งปฏิกูลให้เหมาะสมไม่ปล่อยให้เป็นแหล่งเพาะหรือแพร่เชื้อโรค มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลทุกวัน และ (4) ต้นไม้ไม่มียางหรือหนาม หรือมีต้นไม้ประเภทที่มีลูกผลอาจหล่นลงมาเป็นอันตรายต่อเด็ก ทั้งนี้ ประเด็นที่ ศพด. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้อยที่สุด (ร้อยละ 67.7) คือ ประเด็นสนามเด็กเล่นบริเวณภายนอกอาคาร ในด้านสภาพแวดล้อมภายในเพื่อความปลอดภัยพบว่า ศพด. ทุกแห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียงประเด็นเดียวจากจำนวนทั้งหมด 12 ประเด็น คือ ระดับเสียงขณะทำกิจกรรม/ห้องเรียน ไม่ดังเกินไปหรือดังไม่เกิน 80 เดซิเบล ห้องนอนไม่มีเสียงรบกวนหรือระดับเสียงไม่เกิน 40 เดซิเบล โดยประเด็นที่ ศพด. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้อยที่สุด (ร้อยละ 71) คือ ประเด็นพื้นที่สำหรับใช้ทำความสะอาดตัวเด็กและห้องส้วมสำหรับเด็ก ในด้านการเดินทางที่ปลอดภัยสำหรับเด็กปฐมวัยพบว่า เด็กทุกคนมีผู้ปกครองมารับส่งโดยยานพาหนะประเภทรถยนต์และรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล ในขณะที่ด้านระบบป้องกันอัคคีภัยพบว่า ศพด. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.8 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยประเด็นปัญหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องไม่มีแบบแปลนของอาคารติดทุกชั้นและผังแปลนห้อง ไม่มีแผนอพยพ ระบุชื่อผู้รับผิดชอบติดตั้งไว้ในที่ที่เห็นได้โดยชัดเจน ไม่มีป้ายบอกทางหนีไฟและป้ายรวมพลขนาดใหญ่ ไม่มีการติดตั้ง Smoke detector ตัวจับควันและเครื่องตัดไฟอัตโนมัติ ไม่มีระบบท่อน้ำดับเพลิง ไม่มีระบบสัญญาณเตือนเพลิงไหม้ที่ต้องประกอบด้วย อุปกรณ์ส่งสัญญาณ ส่งเสียงหรือสัญญาณที่ได้ยินหรือทราบอย่างทั่วถึง มีสัญลักษณ์ธงสีประจำห้อง ไม่มีการกำหนดจุดรวมพลเป็นพื้นที่โล่งนอกอาคารและเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย ไม่มีหมายเลขโทรศัพท์หน่วยงานในพื้นที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น ศูนย์บรรเทาสาธารณภัย สถานีตำรวจ



โรงพยาบาล เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล
ติดตั้ง ณ จุดที่ทุกคนสามารถมองเห็นได้โดยชัดเจน
และไม่มีระบบส่งต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ศพด. ส่วน
ใหญ่ ร้อยละ 83.9 จัดให้มีเพียงถังดับเพลิงเท่านั้น
สำหรับผลการคัดกรองความเสี่ยงของสนามเด็กเล่น
ในจำนวน ศพด. 30 แห่ง จากทั้งหมด 31 แห่ง ที่มี

สนามเด็กเล่น ผลการคัดกรองพบว่า ศพด. ส่วนใหญ่
ร้อยละ 70 (21 แห่ง) มีสนามเด็กเล่นที่ปลอดภัย
ในขณะที่สนามเด็กเล่น ร้อยละ 16.7 (5 แห่ง) มีความ
เสี่ยงระดับสูง และร้อยละ 3.3 และ 10 มีความเสี่ยง
ระดับปานกลางและต่ำ ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย N = 31 แห่ง

เกณฑ์มาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (จำนวนข้อย่อย)	ผลการประเมินมาตรฐาน (แห่ง)	
	ผ่าน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (ร้อยละ)
1. สภาพแวดล้อมภายนอกอาคารเพื่อความปลอดภัย		
(1) โครงสร้างและตัวอาคาร (1 ข้อ)	29 (93.5)	2 (6.5)
(2) แหล่งมลพิษ (6 ข้อ)	28 (90.3)	3 (9.7)
(3) สภาพรั้วและประตูรั้ว (4 ข้อ)	31 (100)	0 (0)
(4) แหล่งน้ำที่เด็กเข้าถึง (1 ข้อ)	30 (96.8)	1 (3.2)
(5) สภาพถนน (3 ข้อ)	26 (83.9)	5 (16.1)
(6) สุนัขจรจัดและสัตว์อื่น (1 ข้อ)	31 (100)	0 (0)
(7) การกำจัดขยะสิ่งปฏิกูล (1 ข้อ)	31 (100)	0 (0)
(8) ต้นไม้ (1 ข้อ)	31 (100)	0 (0)
(9) สนามเด็กเล่นบริเวณภายนอกอาคาร (7 ข้อ)	21 (67.7)	10 (22.3)
2. สภาพแวดล้อมภายในเพื่อความปลอดภัย		
(1) ทางเข้า ออกภายในอาคาร (1 ข้อ)	26 (83.9)	5 (16.1)
(2) สีทาผนังภายใน (1 ข้อ)	30 (96.8)	1 (3.2)
(3) พื้น บันได และระเบียง (4 ข้อ)	24 (77.4)	7 (12.6)
(4) หน้าต่าง (1 ข้อ)	26 (83.9)	5 (16.1)
(5) พื้นสำหรับการนอน (3 ข้อ)	24 (77.4)	7 (12.6)
(6) พื้นสำหรับการเล่นและการทำกิจกรรม (1 ข้อ)	24 (77.4)	7 (12.6)
(7) พื้นที่รับประทานอาหาร สถานที่ปรุงประกอบอาหารหรือห้องครัว (5 ข้อ)	28 (90.3)	3 (9.7)
(8) พื้นที่ใช้ทำความสะอาดตัวเด็ก และห้องส้วมสำหรับเด็ก (8 ข้อ)	22 (71.0)	9 (29.0)
(9) พื้นสำหรับเด็กป่วย (3 ข้อ)	30 (96.8)	1 (3.2)
(10) ระบบไฟฟ้า (5 ข้อ)	23 (74.2)	8 (26.8)
(11) ระดับเสียง (2 ข้อ)	31 (100)	0 (0)
(12) ระดับแสง (2 ข้อ)	23 (74.2)	8 (26.8)
3. เครื่องใช้เพื่อความปลอดภัย		
- อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ และเฟอร์นิเจอร์ (6 ข้อ)	28 (90.3)	3 (9.7)
4. ของเล่นเพื่อความปลอดภัย (10 ข้อ)	28 (90.3)	3 (9.7)
5. การเดินทางที่ปลอดภัยสำหรับเด็กปฐมวัย (รถจักรยานยนต์/รถยนต์)	31 (100)	0 (0)
6. ระบบป้องกันอัคคีภัย (8 ข้อ)	1 (3.2)	30 (96.8)

2. คุณภาพอากาศภายในอาคารศูนย์พัฒนา
เด็กปฐมวัย จังหวัดภูเก็ต การตรวจวัดคุณภาพ
อากาศภายในอาคาร ศพด. จำนวน 10 แห่ง โดยทุก
แห่งเป็นอาคารปิดที่มีการใช้ระบบปรับอากาศแบบ

แยก (Split type) ผลตรวจวัดแสดงดังตารางที่ 3 เมื่อ
เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกรม
อนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศในอาคาร
สาธารณะ พ.ศ. 2565 พบว่า คุณภาพอากาศภายใน

อาคาร ศพด. ทุกแห่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานค่าฝุ่น ระวังคุณภาพอากาศในอาคารสาธารณะ อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์แยกรายพารามิเตอร์ที่ตรวจวัด โดยในด้านภาวะสบายเชิงความร้อน ได้แก่ ค่าการเคลื่อนที่ของอากาศ และด้านสารปนเปื้อนในอากาศ ได้แก่ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) สารประกอบอินทรีย์ระเหยง่ายทั้งหมด (TVOCs) และเชื้อรารวมพบว่าทุกแห่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ในขณะที่ ศพด. จำนวนมากกว่าครึ่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ใน พารามิเตอร์ ได้แก่ อุณหภูมิ ก๊าซ

คาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) และอนุภาคที่มีขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM₁₀) โดย CO₂ ที่ตรวจพบมีค่าสูงสุดคือ 1,511 ppm (มาตรฐานไม่เกิน 1,000 ppm) ในขณะที่ PM₁₀ ค่าสูงสุดที่พบคือ 281.47 µg/m³ (มาตรฐานไม่เกิน 50 µg/m³) และยังพบว่า ศพด. ทุกแห่งมีเชื้อแบคทีเรียรวมเกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งกำหนดไว้ไม่เกิน 500 CFU/M³ แสดงดังรูปที่ 2 โดยปริมาณแบคทีเรียสูงสุดที่ตรวจพบคือ 5,400 CFU/M³ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึง 11 เท่า

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในอาคารศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดภูเก็ต (N=10)

พารามิเตอร์	ค่ามาตรฐาน*	ผลการตรวจคุณภาพอากาศภายในอาคาร ศพด. (แห่งที่)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
อุณหภูมิ (C°)	24 – 26	26.6	28.02	25.32	24.92	28.36	25.14	26.46	23.72	26.72	26.42
ความชื้นสัมพัทธ์ (%)	50 – 65	59.2	56.32	59.56	57.50	59.80	55.54	59.96	66.60	75.56	58.32
การเคลื่อนที่ของอากาศ (m/s)	น้อยกว่า 0.3	0.24	0.14	0.13	0.12	0.17	0.25	0.13	0.23	0.03	0.24
CO ₂ (ppm)	ไม่เกิน 1,000	717	1,267	966	1,511	772	566	1,051	1,035	1,125	1,003
CO (ppm)	ไม่เกิน 9	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.1	0.1
PM _{2.5} (µg/m ³)	ไม่เกิน 25	13.5	11.95	10.04	26.19	30.17	13.77	17.95	6.45	11.64	15.52
PM ₁₀ (µg/m ³)	ไม่เกิน 50	95.7	97.98	37.83	281.47	80.00	45.29	92.31	24.00	63.55	49.41
TVOCs (ppb)	ไม่เกิน 1,000	50	30	ND	ND	50	ND	100	20	100	90
ฟอร์มัลดีไฮด์ (ppm)	ไม่เกิน 0.08	0.043	0.068	0.062	0.051	0.043	0.028	0.175	0.077	0.035	0.043
เชื้อแบคทีเรียรวม (CFU/M ³)	ไม่เกิน 500	1800	1600	590	5400	2100	1700	1900	2700	1400	630
เชื้อรารวม (CFU/M ³)	ไม่เกิน 500	260	340	190	180	330	500	360	420	240	250
ข้อมูลห้องที่ทำการตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในอาคาร											
- ขนาดห้อง (ตารางเมตร)	-	44.8	59.8	39.0	160	109	40	36	61.6	59.3	
- จำนวนคนในห้องขณะตรวจวัด (คน)	30	19	23	25	23	17	7	15	12	19	

หมายเหตุ ND คือ ตรวจไม่พบ

* อ้างอิง ประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าฝุ่นละอองคุณภาพอากาศในอาคารสาธารณะ พ.ศ. 2565



รูปที่ 2 สัดส่วนจำนวน ศพด. ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศในอาคารสาธารณะ พ.ศ. 2565 แยกรายพารามิเตอร์

3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพอากาศภายในอาคารและปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดจากการใช้อาคารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลการสำรวจอาคาร ศพด. ทั้ง 10 แห่ง เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพอากาศภายในอาคารแสดงดังตารางที่ 4 โดยพบว่า ศพด. ทุกแห่งเป็นอาคารปิดที่มีการใช้ระบบปรับอากาศแบบแยก และไม่มีระบบระบายอากาศ (พัดลมดูดอากาศ) มีอายุอาคารเฉลี่ย 10.1 ปี ในด้านอุณหภูมิและความชื้นภายในอาคารพบว่า ในขณะที่ทำการสำรวจระบบปรับอากาศทำงานปกติ โดยมี ศพด. จำนวนมากกว่าครึ่งที่พบมีร่องรอยความชื้นหรือร่องรอยของรา ในด้านแหล่งปนเปื้อนทางชีวภาพพบว่า ทุกแห่งไม่มีสัตว์เลี้ยงหรือพืชภายในห้องและไม่พบการเกิดโรคที่ติดต่อกันระหว่างผู้ที่อยู่ในห้อง แต่มีจำนวน 3 แห่ง ที่พบมีกลิ่นอับ และจำนวน 4 แห่ง ที่พบร่องรอยของรา บนพื้นผิว ผนัง พื้น ฝ้าเพดาน ด้านแหล่งปนเปื้อนทางเคมี พบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้น้ำยาทำความสะอาดหรือสารกำจัดแมลงภายในห้อง โดยจากการสังเกตพบฝุ่นตามพื้นที่ผิวภายในอาคาร ศพด. บางแห่ง สำหรับ ด้านแหล่งมลพิษภายนอกอาคาร พบว่า มี ศพด. จำนวน 3 แห่ง ที่มีแหล่งมลพิษภายนอกที่เกิดจากการจราจร การเกษตร โรงงานอุตสาหกรรม หรือการก่อสร้าง หรืออื่นๆ ที่สามารถเข้ามาภายในห้อง/อาคารได้

ตารางที่ 4 ผลการสำรวจอาคาร ศพด. เบื้องต้น (N=10)

รายการสำรวจ	ผลการสำรวจอาคาร ศพด. (แห่งที่)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ข้อมูลทั่วไปของอาคาร ศพด.										
- อายุของอาคาร (ปี)	6	5	10	18	15	6	12	11	10	8
- จำนวนบุคลากรทั้งหมด (คน)	9	21	5	22	10	4	21	2	6	22
- จำนวนห้องเรียนทั้งหมด (ห้อง)	6	9	2	10	8	4	12	1	3	10
- จำนวนเด็กเล็กทั้งหมด (คน)	66	215	60	224	130	50	263	20	57	240
- ลักษณะอาคาร	ปิด	ปิด	ปิด	ปิด	ปิด	ปิด	ปิด	ปิด	ปิด	ปิด
- ประเภทระบบปรับอากาศ	แยก	แยก	แยก	แยก	แยก	แยก	แยก	แยก	แยก	แยก
- ระบบระบายอากาศ (พัดลมดูดอากาศ)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
อุณหภูมิและความชื้นภายในอาคาร										
- อุณหภูมิภายในห้องแตกต่างจากที่ตั้งไว้ไม่เกิน 3 °C	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่

ตารางที่ 4 ผลการสำรวจอาคาร ศพด. เบื้องต้น (N=10)

รายการสำรวจ	ผลการสำรวจอาคาร ศพด. (แห่งที่)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- ระบบปรับอากาศมีการทำงานอยู่ขณะที่ทำการสำรวจ	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่
- จากการสังเกตระบบปรับอากาศยังทำงานเป็นปกติ	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่
- ไม่มีแสงแดดส่องเข้ามาจนเกิดความไม่สบายกาย	ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่
- ภายในห้องไม่มีร่องรอยความชื้นหรือร่องรอยของรา	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่
แหล่งปนเปื้อนทางชีวภาพ										
- ไม่มีสัตว์เลี้ยงหรือพืชภายในห้อง	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่
- ไม่มีกลิ่นใดๆ ภายในห้อง หากมีระบุลักษณะของกลิ่น	อับ	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	อับ	อับ
- ไม่พบร่องรอยของราบนพื้นผิว ผนัง พื้น ฝ้าเพดาน	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
- ไม่พบการเกิดโรคที่ติดต่อระหว่างผู้ที่อยู่ในห้อง	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่
แหล่งปนเปื้อนทางเคมี										
- ไม่มีกิจกรรมหรือแผนที่จะดำเนินการ เช่น ทาสีห้องใหม่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
- ไม่มีเฟอร์นิเจอร์ใหม่/อุปกรณ์ที่มีส่วนประกอบของสารเคมี	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
- มีการใช้น้ำยาทำความสะอาด สารกำจัดแมลงภายในห้อง	ไม่ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่
- มีการปรับปรุงห้อง/อาคารที่ก่อให้เกิดฝุ่น	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่
- มีการปรุงอาหารภายในห้อง	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ใช่
- จากการสังเกตไม่พบฝุ่นตามพื้นผิวภายในห้อง	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
แหล่งมลพิษภายนอกอาคาร										
- ภายนอกอาคารมีพื้นที่ที่มีน้ำขัง	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
- มีการเก็บสารเคมีหรือขยะใกล้กับจุดที่นำอากาศเข้าสู่อาคาร	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่
- มีมลพิษที่เกิดจากการจราจร การเกษตร โรงงานหรือการก่อสร้าง หรืออื่นๆ สามารถเข้ามาภายในห้อง/อาคาร	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ไม่ใช่	ใช่

สำหรับผลการสอบถามปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพอากาศภายในอาคารของบุคลากร ซึ่งทั้งหมดเป็นครูที่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน ศพด. 10 แห่ง จำนวน 84 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.8 มีอายุเฉลี่ย 41.8 ปี และมีระยะเวลาที่ทำงานหรืออยู่ในอาคารเฉลี่ย 5.6 ปี โดยจากบุคลากรทั้งหมดพบว่ามีโรคประจำตัวเป็นโรคภูมิแพ้ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 15.5) และโรคไมเกรน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 8.3) และพบว่าในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บุคลากรส่วนใหญ่ร้อยละ 77.4 ไม่เคยมีประสบการณ์ที่มีอาการเกี่ยวเนื่องกับคุณภาพอากาศภายในอาคารในขณะที่ทำงานหรือมีอาการแต่เกิดขึ้นน้อยครั้ง แสดงดังตารางที่ 5 ในขณะที่จำนวน

19 ราย (ร้อยละ 22.6) มีประสบการณ์ที่มีอาการเกี่ยวเนื่องกับคุณภาพอากาศภายในอาคารในขณะที่ทำงานเกิดขึ้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งหรือเกิดขึ้นทุกวัน โดยอาการแสดงที่พบเช่น แน่นจมูก คอแห้ง ไอ ปวดศีรษะ วิงเวียนระคายเคืองตา ผิวหนังคัน เป็นต้น อย่างไรก็ตามในบรรดาบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพนี้ ต้องหยุดงานเนื่องจากมีอาการข้างต้นตั้งแต่ 1 – 3 วัน จำนวนมากถึง 18 ราย และพบว่าเมื่อบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพดังกล่าวออกจากพื้นที่ทำงานหรือเมื่อออกจากอาคารดังกล่าวแล้วจะมีอาการดีขึ้นหรืออาการหายไป จำนวน 6 คน ในขณะที่จำนวน 13 คน อาการไม่หาย

ตารางที่ 5 ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพอากาศภายในอาคารของบุคลากร ศพด. (N=84)

อาการแสดง	ความถี่ในการเกิดอาการ (ร้อยละ)		
	ทุกวัน	สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	เกิดน้อยครั้ง/ไม่เคย
ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีประสบการณ์ที่เคยเกิดปัญหาอาการดังต่อไปนี้ในขณะทำงาน			
- แน่นจมูก	0 (0.0)	12 (14.3)	72 (85.7)
- คอแห้ง	0 (0.0)	7 (8.3)	77 (91.7)
- ไอ	0 (0.0)	12 (14.3)	72 (85.7)
- ผิวน้ำคัน	2 (2.4)	2 (2.4)	80 (95.2)
- ระคายเคืองตา	0 (0.0)	5 (6.0)	79 (94.0)
- ปวดศีรษะ	0 (0.0)	12 (14.3)	72 (85.7)
- เหนื่อยชา	0 (0.0)	3 (3.6)	81 (96.4)
- มึนงง	0 (0.0)	3 (3.6)	81 (96.4)
- วิงเวียน	0 (0.0)	6 (7.2)	78 (92.8)
- คลื่นไส้/อาเจียน	0 (0.0)	2 (2.4)	82 (97.6)
- หายใจสั้น	0 (0.0)	2 (2.4)	82 (97.6)

4. ข้อเสนอแนะมาตรการและแนวทางการยกระดับมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และคุณภาพอากาศภายในอาคารของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดภูเก็ต จากผลการประเมินมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และผลการประเมินคุณภาพอากาศภายในอาคาร ศพด. ข้อมูลทั้งหมดได้นำเข้าสู่กระบวนการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันจัดทำข้อเสนอแนะมาตรการและแนวทางการยกระดับมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และคุณภาพอากาศภายในอาคารของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดภูเก็ต โดยได้กำหนดเป้าหมาย (Goals) ร่วมกัน คือ ลดผลกระทบที่เกิดจากการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และคุณภาพอากาศภายในอาคาร ศพด. และให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มีกลยุทธ์ (Objectives) ประกอบด้วย กำหนดมาตรการและแนวทางการแก้ไขสร้างกระบวนการเฝ้าระวังในการลดปัญหา เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น กำหนดแผนงานกิจกรรม (Plans) ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหา ช่วงเวลาที่เกิดปัญหาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำมาพิจารณาแก้ไข จัดหางบประมาณสนับสนุน จัดทำโครงการตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น ทำความสะอาด

พื้นทุกวัน ทำกิจกรรม 5 ส ทุกสัปดาห์ จัดทำ Big Cleaning Day ภายในและภายนอกเดือนละหนึ่งครั้ง ขยับคู่มือต่าง ๆ เดือนละหนึ่งครั้ง ล้างทำความสะอาดของเล่นอย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง ปลุกต้นไม้ต่างในห้องเรียน เปิดเครื่องปรับอากาศเวลา 09.00 น. และปิดเครื่องปรับอากาศเวลา 14.00 น. เปิดประตูหน้าต่างเพื่อระบายอากาศในตอนเช้าทุกวัน ล้างฟิลเตอร์แอร์ทุกสัปดาห์ และกำหนดให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินการ พร้อมสรุปผลการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.9 จัดให้มีระดับเพลิงและกลับพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 96.8 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านระบบป้องกันอัคคีภัย ซึ่งประเด็นนี้ถือว่าเป็นความเข้าใจที่คาดเคลื่อนแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของ ศพด. ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบป้องกันอัคคีภัยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับคุณภาพอากาศภายในอาคาร ศพด. ที่พบว่าทุกแห่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศในอาคารสาธารณะ โดยจำแนกมากกว่าครึ่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในพารามิเตอร์ได้แก่ อนุภาคนิวเมอไลส์ (PM₁₀) และ CO₂ และยังพบว่า ศพด. ทุกแห่งมีปริมาณเชื้อแบคทีเรียรวมเกินเกณฑ์มาตรฐานและส่วนใหญ่

เกินค่ามาตรฐานมากกว่า 3 เท่าขึ้นไป อาจเป็นเพราะอาคาร ศพด. ทุกแห่งเป็นอาคารปิดที่มีการใช้ระบบปรับอากาศแบบแยก แต่กลับไม่มีระบบการระบายอากาศแม้แต่แห่งเดียว และยังมีกิจกรรมของบุคลากรและเด็กที่เป็นแหล่งปนเปื้อนทางชีวภาพและแหล่งปนเปื้อนทางเคมีภายในอาคารและ ยังมีแหล่งมลพิษภายนอกอาคารสามารถเคลื่อนที่เข้ามาภายในห้องได้ รวมถึงมาตรการควบคุมดูแลด้านสุขลักษณะอาคารและระบบระบายอากาศอาจยังไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม กิจกรรมต่าง ๆ ในห้องเรียน เช่น การเดินและการวิ่ง ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ อาจทำให้เซลล์หรือสปอร์ที่ตกลงบนพื้นหรือพื้นภายในห้องฟุ้งกระจายในอากาศภายในห้องได้¹⁰ นอกจากนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าอาคาร ศพด. ที่ตรวจพบ CO₂ เกินมาตรฐานจะมีสารปนเปื้อนในอากาศประเภท PM₁₀ และปริมาณเชื้อแบคทีเรียรวมเกินมาตรฐานด้วย โดยค่า CO₂ ที่สูงกว่า 1,000 ppm แสดงถึงการระบายอากาศภายในอาคารที่ไม่ดี¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจอาคารที่พบไม่มีระบบการระบายอากาศโดยสารปนเปื้อนดังกล่าวอาจเกิดการสะสมอยู่ในตัวอาคารและอาจมีปริมาณสูงขึ้นได้ นอกจากนี้ประเด็นที่พบว่าอาคาร ศพด. ที่ตรวจพบค่า CO₂ และปริมาณเชื้อแบคทีเรียรวมสูงที่สุด โดยสูงกว่าค่ามาตรฐานถึง 0.5 และ 11 เท่า ตามลำดับ เป็นห้องเรียนที่มีอัตราความหนาแน่นของผู้ใช้อาคารสูงที่สุดด้วย (1.56 ตารางเมตรต่อคน) โดยพารามิเตอร์คุณภาพอากาศภายในอาคารที่ตรวจพบเกินเกณฑ์มาตรฐานเหล่านี้สอดคล้องกับหลายผลการศึกษา^{7,8} ซึ่งได้ส่วนใหญ่มักพบค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก CO₂ และปริมาณเชื้อแบคทีเรียรวมเกินเกณฑ์มาตรฐานเช่นเดียวกันสำหรับประเด็นที่พบเชื้อแบคทีเรียรวมเกินเกณฑ์

มาตรฐานนั้นมีรายงานระบุไว้ว่าเชื้อแบคทีเรียในอาคารทั้งหมดอาจไม่ใช่เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล¹²

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับนำสิ่งที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและศพด. ควรร่วมกันยกระดับมาตรฐานการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเฉพาะประเด็นคุณภาพอากาศภายในอาคาร ควรมีการวิเคราะห์และวางแผนการจัดการและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อคุ้มครองป้องกันสุขภาพของเด็กปฐมวัยรวมถึงบุคลากรของ ศพด.

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป ควรมีการศึกษาปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนในอากาศและความสัมพันธ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อของเด็กกับปริมาณเชื้อแบคทีเรียรวมในอากาศ รวมถึงควรศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบคุณภาพอากาศภายในอาคาร ศพด. ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตในการดำเนินงานจนสำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงตามวัตถุประสงค์ โดยได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ศพด. สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อเด็กไทยสุขภาพดี. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น); 2564.
2. กิตติ สมานไทย. แฉศูนย์รับเลี้ยงเด็ก 90% ต่ำมาตรฐาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/?p=284468>
3. พลสินธุ์ นาควิเชียร. เอกสารบรรยายเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกของศูนย์เด็กเล็ก. อุบลราชธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 2559
4. นพพรณ นันทพงษ์ นิธิมา เคารพครู สุชาติ สุขเจริญ และอังคณา คงกัน. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขลักษณะอาหารในศูนย์เด็กเล็ก. นนทบุรี: กองสุขภาพโภชนาการและน้ำ กรมอนามัย; 2551.



5. วีรานุช หลาง. จุลชีววิทยาสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2551.
6. นกุล อีโธรสังขา. วิทยาเชื้อรา. สงขลา: ภาควิชาชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2551.
7. ภาควิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) การศึกษามลภาวะอากาศภายในอาคารและการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสมลพิษทางอากาศภายในอาคารสาธารณะของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย; 2562.
8. ปริญญ์ ใหม่เจริญศรี. การศึกษามลภาวะอากาศภายในอาคารและการพัฒนารูปแบบการจัดการมลภาวะอากาศภายในอาคารในพื้นที่เขตเมืองการศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย; 2562.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานเพื่อการตรวจประเมินคุณภาพอากาศภายในอาคารสำหรับเจ้าหน้าที่. นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย; 2559.
10. รจฤดี โชติกาวิรินทร์. คุณภาพอากาศทางจุลินทรีย์ในสถานศึกษาปฐมวัย. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2559; 2559
11. จักรกฤษณ์ ศิวัชเดชาเทพ. หน่วยที่ 15 คุณภาพอากาศภายในอาคาร, เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรม: การควบคุม. นนทบุรี, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2552.
12. Standards Council of Singapore (SSC). Singapore Standard Code of practice for indoor air quality for air-conditioned buildings SS 554: 2016. Enterprise Singapore; 2016.

การพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลยางสีสุราช

The Development of Screening and Nursing Guidelines for Septic Shock Prevention Among Sepsis Patients in Yangsisurat Hospital

(Received: September 16,2023 ; Revised: September 22,2023 ; Accepted: September 23,2023)

พรรณี ยอดญาติไทย¹, นิโบล ทิพย์ฤๅตรี¹, อรรถวุฒิ พรหมรัตน์¹, กำพร ดานา²

Pannee Yodyadthai¹, Nilobol Tipluetree¹, Atthawut Promrat¹, Kamthorn Dana²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่าง ตุลาคม 2563 – เมษายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติไคสแควร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการสรุปความ

ผลการศึกษา พบว่าแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด คือ 1) การใช้เครื่องมือเพื่อช่วยให้คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว 2) การบริหารอัตราากำลังทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยแบบผสม อัตรากำลัง 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 4) การกำหนดให้มีระบบติดตาม กำกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ หลังดำเนินการตามแนวทาง คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า การบันทึกคะแนน SOS Score ในบันทึกทางการพยาบาล ($X^2=15.43$) และการทำกิจกรรมตามคะแนน SOS Score ($X^2=17.38$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<0.001$) พบผู้ป่วยที่มีปัญหาติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 13 ราย ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้น ($X^2=2.36$) ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน Septic shock ลดลง ($X^2=1.53$) และหลังการใช้แนวทางไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ($X^2=0.82$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<0.001$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อก, แนวทางการคัดกรองและการพยาบาล

ABSTRACT

The purposes of this participatory action research were to develop the process of screening and nursing guidelines for patients with sepsis and evaluate the outcomes of guidelines development in Yangsisurat Hospital. The research process conducted during October 2020 – April 2022. Data was analyzed using percentage, mean, Chi-Square test, and content analysis.

According to the research finding, the screening and nursing guidelines development which included using of screening tools for early detection of sepsis especially in the high risk groups, the nursing staff mix management, revising and modifying sepsis guideline and a workshop was held for staffs to put it into practice, monitoring and meeting regularly. The SOS score recorded in the nursing record ($X^2= 15.43$) and the activity

¹ โรงพยาบาลยางสีสุราช

¹ Yangsisurat Hospital

² วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Kamthorn Dana, Email: kamthorn@smnc.ac.th

according to the SOS score ($X^2=17.38$) increased significantly at .05 level ($p<0.001$). Thirteen patients with septic problems were diagnosed and admitted to treatment before shock ($X^2=2.36$), septic shock complications decreased ($X^2=1.53$), and no deaths from septic shock were reported after the guideline ($X^2=0$). .82) was statistically significant at .05 level ($p<0.001$).

Keywords: Sepsis, Septic shock, Screening and nursing guidelines

บทนำ

ภาวะติดเชื้อกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ เพราะมีอัตราการตายสูง ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรง และต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) และเป็นสาเหตุการตายสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด⁽¹⁾ ในสหรัฐอเมริกา ระยะ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.7 ต่อปี คิดเป็นจำนวน 400,000 รายต่อปี และมีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 35⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี คิดเป็นอัตราการตาย ร้อยละ 32.03 หรืออาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย ทุก 3 นาที และมีผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง⁽³⁾

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อคือมียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น เทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อกระแสเลือดยังคงสูงอยู่เนื่องจากการวินิจฉัยทำได้ยาก เพราะผู้ป่วยมักมีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่เกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้มีใช้เป็นอาการนำ⁽⁴⁾ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดบางรายอาจมีเพียงอาการอ่อนเพลีย ถามตอบ

ช้าลง รับประทานอาหารได้น้อย หรือนอนหลับมากขึ้น⁽⁵⁾ ส่วนผู้ป่วยที่มีการทำงานของภาวะระบบภูมิคุ้มกันโรคลดลง ได้แก่ ผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น มะเร็งระยะท้าย ตับแข็ง (Cirrhosis) เบาหวานและปอดอักเสบเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เมื่อเกิดการติดเชื้อจะลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและเกิดภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และปัญหานี้มีผู้คิดค้นองค์ความรู้และแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยวิธีการรักษาแบบมุ่งเป้า (Early goal directed therapy: EGDT)⁽⁷⁾ ภายในเวลา 6 ชั่วโมง ด้วยการหยุดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดให้เร็วที่สุด ลดการล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ซึ่งทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อทั่วร่างกายขาดออกซิเจน (Global tissue hypoxia) ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ที่ได้ให้การรักษาตามแนวทางดังกล่าว มีอัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างชัดเจน เป้าหมายที่สำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดคือ การลดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิต สมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกา ได้ร่วมมือกันพัฒนาและรณรงค์ให้ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Surviving sepsis campaign: SSC) สำหรับการรักษาเริ่มแรก และมีการปรับปรุงทุก 4 ปี ซึ่งแนวทางจากการรักษานี้เน้นการช่วยชีวิตเบื้องต้นและการดูแลในอีก 24 ชั่วโมง และต่อมา มีการปรับเป้าหมายการรักษาโดยลดระยะเวลาจาก 6 ชั่วโมงให้เหลือเพียง 1 ชั่วโมง (Hour 1 bundle) ซึ่งถือเป็นสาระสำคัญที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแส

เลือด ที่แสดงถึงความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การลดอัตราการเกิดภาวะช็อก และอัตราการตาย ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด เวลาจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญ⁽⁸⁾ ซึ่งกลยุทธ์สำคัญ คือ การค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น (Early recognition) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ (Early infection control, early resuscitation, and organ support) และการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน โดยมีการประสานงานระหว่างทีมและการเฝ้าติดตามกำกับกับการดำเนินการตามแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลยางสีสุราช มีภารกิจในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษา มีอัตราการครองเตียงที่ร้อยละ 51.13, 51.81 และ 58.81 ในปี 2561, 2563, 2563 ตามลำดับ ซึ่งถึงแม้จะมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย แต่ก็ยังพบมีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของปี 2560-2563 จำนวน 58, 55, 40 และ 69 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีความรุนแรงและเข้าสู่ภาวะช็อก ในปี 2560-2563 ร้อยละ 18.34, 43.34, 17.02 และ 36.50 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 92.56, 93.24, 90.35 และ 92.37 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเสียชีวิต พบจำนวน 2, 1,1 และ 1 ราย ตามลำดับ⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คือ น้อยกว่า ร้อยละ 30 จากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกพบว่า มีความล่าช้าในขั้นตอนการประเมิน และการประเมินซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิตในที่สุด และมีหลายรายงานการศึกษาที่บ่งบอกว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่มีอยู่เดิมยังไม่สามารถ

ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและไม่สามารถรายงานแพทย์ได้ทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และจากปัญหาเหล่านี้มีการศึกษาที่ผ่านมาที่ เช่น เทคนิคการใช้ระบบพยาบาลผู้ประสานงาน การจัดการรายกรณี การใช้ระบบการพยาบาลที่เสี่ยงเฉพาะโรค การรักษาแบบมุ่งในระยะเวลา 6 ชั่วโมงแรก เป็นต้น ช่วยให้พยาบาลและทีมดูแลได้ค้นหาแนวทางการให้บริการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงและลดปัญหาการช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้

ดังนั้นผู้วิจัย ซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยและเป็นพยาบาลผู้ร่วมให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลยางสีสุราช ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของหน่วยงานสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทั้งนี้เพื่อมุ่งให้สามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว อันจะส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ดำเนินการระหว่าง เดือน ตุลาคม 2563 – เมษายน 2565 มี 3 ระยะ การดำเนินงาน ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนการดูแลผู้ป่วย รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยภาวะ Severe sepsis, risk incident report และข้อมูลการส่งต่อ ดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาสถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราตายจากข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลยางสีสุราช และศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

1.2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายงานการวิจัย และบทความ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องนำมาจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1.3 สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 2 คน

เครื่องมือในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ แนวคำถามหลักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น และมีการขออนุญาตบันทึกเสียง ผู้วิจัยถอดเทป และบันทึกแบบคำต่อคำ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ดำเนินการ

1.4 การสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 9 คน ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน และเภสัชกร 1 คน ผู้วิจัยสนทนากลุ่มเพื่อยืนยัน และเลือกข้อประเด็นสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกอีกครั้ง นำมาพัฒนาเป็นร่างแนวทางฯ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และนำสู่การปฏิบัติ ดังนี้

2.1 การสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้พัฒนาและใช้แนวทางฯ ดำเนินการสนทนาดังนี้

(1) นำประเด็นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มาอภิปรายร่วมกัน ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และเกิดความเห็นร่วมกันว่า ควรมีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยยึดหลักตามสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (10)

(2) ใช้กลยุทธ์สำคัญ ได้แก่

- การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ใน ระยะเริ่มต้น

- การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ

- การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยประสานงานระหว่างทีมและการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญ โดยแนวทางของโรงพยาบาลยางสีสุราช จะเน้นในขั้นตอนแรก คือ การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น เนื่องจากพบประเด็นปัญหาเรื่องความล่าช้าในการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่เริ่มต้น

2.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันแสดงความคิดเห็นในหัวข้อการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่เริ่มต้น ว่าควรมีวิธีการอย่างไรจึงจะค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ครอบคลุม และรวดเร็วทันเวลา ดังนี้

(1) เพิ่มการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยกลุ่มที่มักพบว่าเกิด Sepsis ทั้งในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบ pre-hospital โดยสร้างเครือข่ายในชุมชนในการประชาสัมพันธ์อาการสงสัยภาวะ Sepsis ร่วมกับการอบรมบุคลากรของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการคัดกรอง SIRS criteria และระดับโรงพยาบาล แบบ in-hospital ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติโรค ดังนี้ 1) COPD 2) DM 3) Cirrhosis 4) Alcohol dependent 5) Stone 6) Immunocompromised 7) Age ≥ 65 ปี with weakness/nausea/vomiting 8) Diarrhea 9) UTI 10) มี Doctor order ให้ IV ATB

(2) กำหนดให้ใช้ SIRS criteria ร่วมกับเครื่องมือ qSOFA (The sequential organ failure assessment score) หรือ SOFA score หรือ SOS score (Search out severity score) ในการคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยหรือผู้ป่วยกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

(3) กำหนดให้มีการติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้ค่าคะแนน SOS score ที่ประเมินได้ครั้งแรกเป็นค่าเริ่มต้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามเงื่อนไขที่ค่า SOS score กำหนดไว้ โดยเพิ่มบทบาทผู้ช่วยในการติดตามประเมินสัญญาณชีพ บันทึกจำนวนปัสสาวะและรายงานพยาบาลรับทราบเมื่อพบอาการผิดปกติ

2.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็น การดูแลรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ว่าควรมีวิธีการอย่างไรจึงจะทำให้มีการปฏิบัติตามแนวทางรักษา (Sepsis bundles) ได้ถูกต้องรวดเร็วทันเวลา ดังนี้ (1) กำหนดระยะเวลาในการรายงานแพทย์ภายใน 5 นาที หลังคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (2) ปรับแบบบันทึก Sepsis ให้สอดคล้องกับคำแนะนำใหม่และให้เป็นปัจจุบัน (3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่ององค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และแนวทางการ

ปฏิบัติตาม Sepsis guideline ที่ได้รับการปรับปรุงใหม่

2.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันแสดงความคิดเห็นในหัวข้ออย่างไรจึงจะเกิดการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยมีการประสานงานระหว่างทีม และการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญ ไม่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ ดังนี้

(1) เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างทีมในการรายงานแพทย์และยึดแนวทางการรักษาตาม Sepsis guideline

(2) กำหนดให้มีกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก ช่างเตียง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือรองหัวหน้าหอผู้ป่วย มีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามค่าคะแนน SOS score ร่วมกับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยทุกครั้งขณะรับ-ส่งเวร

(3) กำหนดให้มีการประชุมร่วมกันของ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ นำเสนอประเด็นปัญหาและหาแนวทางปฏิบัติที่ได้จากการทบทวน เพื่อสร้างการรับรู้ สร้างความตระหนักและเชื่อมโยงแนวปฏิบัติเข้าด้วยกัน

2.5 ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันแสดงความคิดเห็นในหัวข้อประเด็นปัญหาอื่น ๆ ได้แก่

(1) การบริหารจัดการเครื่องติดตามสัญญาณชีพให้มีเพียงพอพร้อมใช้ มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วย นำเสนอผู้บริหารเพื่อวางแผนเรื่องการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน การประกันระยะเวลาในการส่งซ่อม และการวางแผนซื้อทดแทนหรือซื้อเพิ่มในแผนเงินนอกงบประมาณของโรงพยาบาล

(2) การใช้ Line mobile application เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรายงานแพทย์

2.6 นำแนวทางใหม่ไปทดลองใช้ ครั้งที่ 1 กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด



และรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน จำนวน 4 ราย และประเมินผลหลังนำแนวทางใหม่ไปใช้ นำผลลัพธ์มาทำการวิเคราะห์ และสนทนากับทีมผู้พัฒนาและใช้แนวทาง ครั้งที่ 3 พบปัญหาที่ต้องปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ได้แก่

(1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่กำหนดใหม่ยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยอายุรกรรม ที่มีภาวะการเจ็บป่วยทางศัลยกรรมร่วมด้วย จึงเพิ่มกลุ่มโรคที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ 1) Acute abdomen 2) NF 3) Septic joint

(2) Sepsis guideline มีการระบุกิจกรรมการพยาบาลเมื่อระดับ Blood lactate มากกว่า 4 แต่ไม่มีการระบุกิจกรรมการพยาบาลเมื่อค่าคะแนน Blood lactate เท่ากับ 4 จึงเพิ่มค่าคะแนนเป็นระดับ Blood lactate มากกว่าหรือเท่ากับ 4

(3) พยาบาลผู้ปฏิบัติ ขาดความคล่องตัวในการคำนวณค่าคะแนน SOFA score และการเปรียบเทียบค่า PaO₂ /FiO₂ และค่า SpO₂ เพื่อใช้ในการคำนวณ จึงเพิ่มตารางคำนวณ SOFA score และตารางเปรียบเทียบค่า PaO₂ /FiO₂ และค่า SpO₂ ไว้ด้านหลังแบบบันทึก Sepsis

2.7 สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ กับทีมสหวิชาชีพผู้ใช้แนวทาง พบว่าไม่มีข้อ เสนอแนะเพิ่มเติม

2.8 กำหนดเป็นแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางสีสุราช และนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นและภายหลังการปรับปรุงแล้ว นำไปใช้ในหอผู้ป่วย กับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 13 ราย

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวทางทางการคัดกรองและการพยาบาลป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ผู้วิจัย ประเมินผลการดำเนินการ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อดำเนินการติดตามผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

เครื่องมือ ได้แก่ แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ การส่งต่อ สิทธิการรักษา อาชีพโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและระบบที่มีการติดเชื้อ

2) ข้อมูลวัดผลการปฏิบัติตาม Sepsis guideline ได้แก่ การใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การประเมินติดตามอาการต่อเนื่อง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลตามเงื่อนไขค่าคะแนน SOS score, ความรวดเร็วในการวินิจฉัยและการปฏิบัติตามชุดการรักษา (Sepsis bundles)

3) ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาเชิงคลินิก ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษา ก่อนเกิดภาวะช็อก (Early detection) จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการเก็บข้อมูลสถิติจากสารสนเทศ, การทบทวนเวชระเบียน และการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบฟอร์มเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการระหว่างการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพผู้พัฒนาและใช้แนวทางทางการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อใน

กระแสเลือด ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขั้นตอนการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ และขอความร่วมมือในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปผล

การศึกษาค้นคว้านี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 01/2563

ผลการศึกษา

ตาราง 1 แสดงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น

กิจกรรมการดูแล	ก่อนใช้แนวทาง(n=15)		หลังใช้แนวทาง(n=13)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ประเมินอาการแสดงการติดเชื้อ โดย qSOFA	7	46.67	11	84.62	0.21	0.064
2. ประเมินความรุนแรงความผิดปกติของอวัยวะ โดย SOFA score	5	33.33	11	84.62	3.35	0.076
3. ประเมินความรุนแรงการรับโดย SOS score	13	86.67	13	100	1.02	0.312
4. ให้สารน้ำ IVF ตามแผนการรักษา	15	100	13	100	-	-
5. การบันทึกคะแนน SOS score ในบันทึกทางการพยาบาล	6	40.00	13	100	15.43	<0.001
6. การทำกิจกรรมตาม คะแนน SOS score	8	53.33	13	100	17.38	<0.001

ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดทางคลินิกของการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้น

การเปรียบเทียบผลการดูแลก่อนและหลังการใช้แนวทาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 63.10 ปี เป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 70 และระบบที่มีการติดเชื้อ พบว่าส่วนใหญ่ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินอาหารมากที่สุด ร้อยละ 33.30 ส่วนระบบที่มีการติดเชื้อน้อยที่สุด คือระบบผิวหนังและเนื้อเยื่อ ร้อยละ 6.70

คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ด้านการคัดกรอง ประเมินและเฝ้าระวังก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า การบันทึกคะแนน SOS score ในบันทึกทางการพยาบาล ($X^2=15.43$) และการทำกิจกรรมตาม คะแนน SOS score ($X^2=17.38$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตาราง 1)

($X^2=2.36$) ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน Septic shock ลดลง ($X^2=1.53$) และหลังการใช้แนวทางไม่พบผู้เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

($X^2=0.82$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)
(ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบตัวชี้วัดทางคลินิกของการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกของผู้ป่วยติดเชื้อ
ในกระแสเลือดก่อนและหลังใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น

ตัวแปร	ก่อนใช้แนวทาง(n=15)		หลังใช้แนวทาง(n=13)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก (Early detection)	12	80.00	12	92.31	2.36	<0.001
2. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน Septic shock	9	60.00	2	15.38	1.53	<0.001
3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	2	13.33	0	0	0.82	<0.001

ผลจากการพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อตามมาตรฐาน 3 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากติดเชื้อในกระแสเลือดในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย จาก 5.7 วัน ลดลงเหลือ 3.4 วัน ในหอผู้ป่วยมีสารน้ำและเวชภัณฑ์เพียงพอพร้อมใช้ทุกจุดบริการ

อภิปรายผลการศึกษา

พยาบาลและทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการปรับปรุงพัฒนาจากแนวทางเดิม ที่มีกลยุทธ์สำคัญ 3 ขั้นตอน ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (Early recognition) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ (Early infection control, early resuscitation, and organ support) รวมถึงการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ มีการประสานงานระหว่างทีมและการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่

สำคัญอย่างครบถ้วนทันเวลา⁽¹⁰⁾ โดยได้มีการปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยใหม่ให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ที่เน้นขั้นตอนการสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น มีการปรับแนวทางการกระบวนการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมภายในเวลาที่รวดเร็ว โดยการกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่พบบ่อยเพิ่มจากแนวทางการรักษาเดิม ร่วมกับการกำหนดให้มีการใช้เครื่องมือในการช่วยประเมินคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือผู้ป่วยกลุ่มที่สงสัย ทำให้ระยะเวลาในการค้นพบผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล⁽¹¹⁾ ที่พบว่าการปรับระบบการคัดกรองให้ถูกต้อง ทำให้ดักจับอาการได้ทันเวลาและเข้าระบบ Fast tract sepsis รวดเร็ว เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและอัตราการลดลง

นอกจากนี้ยังได้มีการจัดระบบบริการพยาบาลใหม่โดยใช้วิธีसानอัตรากำลัง เพื่อทำให้เกิด

ความสอดคล้องของอัตรากำลังและภาระงาน โดยการเพิ่มอัตรากำลังผู้ช่วยและเพิ่มบทบาทให้ช่วยติดตามประเมินอาการผู้ป่วย ทำให้การเฝ้าระวังหลังผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความต่อเนื่อง พยาบาลสามารถประเมินอาการเตือนก่อนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ทันเวลา⁽¹²⁾ การผสมผสานอัตรากำลังโดยให้ผู้ช่วยพยาบาลเป็นอัตรากำลังเสริมในทีมเพื่อช่วยวัดสัญญาณชีพและคำนวณดัชนีแสดงภาวะช็อก ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงานในการดักจับและรายงานแพทย์หลังค้นพบภาวะติดเชื้อจากที่ไม่เคยมีการรายงานเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ, ระยะเวลาชะลอการช็อกและการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลงจากเดิม นอกจากนั้นยังมีการปรับปรุงแนวทางการรักษาให้เป็นปัจจุบัน รวมถึงการขยายความรู้และการสื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับทราบและมีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน การกำหนดให้มีกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกข้างเตียง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลวิชาชีพผู้ผิดชอบงาน Sepsis ประจำหอผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลผู้ดูแลทุกครั้งขณะรับ-ส่งเวร^(12, 13, 14)

จากผลการดำเนินงานปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นนี้ สะท้อนให้เห็นว่าการให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานนั้นต้องมีการปรับปรุงอยู่เสมอ เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการหรือบริบทที่เปลี่ยนไป รวมถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และแนวทางการพยาบาลที่ได้ปรับปรุงขึ้นมาใหม่โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพนั้น จะทำให้เกิดการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง วิธีการใหม่ๆจะทำให้เกิดการปรับปรุงและถูกจัดทำเป็นมาตรฐานการทำงาน ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมินผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดทาง

คลินิกของการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด หลังการใช้แนวทาง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกมีจำนวนเพิ่มขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อลดลง และไม่มีอัตราผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า การค้นหาและพบผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้น และทำให้จำนวนผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลง สอดคล้องกับมีผู้นำเสนอผลการศึกษเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยการปรับระบบการคัดกรองให้ถูกต้อง ทำให้ดักจับอาการได้ทันเวลาและเข้าระบบ Fast tract sepsis รวดเร็ว^(11, 15, 16, 17) เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ระยะเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจุดคัดกรองเร็วขึ้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนเร็วขึ้นและระยะเวลาการส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเร็วขึ้น สุดท้ายส่งผลให้สามารถตอบตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยคืออัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างถูกต้องและรวดเร็วสามารถลดความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาแนวทางให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ได้อย่างรวดเร็ว โดยการหาปัจจัยเสี่ยงให้ได้ครอบคลุมมากที่สุด เพื่อที่จะลดความรุนแรงของโรค
2. พัฒนาต่อยอดการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น Mobile application มาใช้ในการเตือนเมื่อ



พบว่าผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อความ
สะดวกรวดเร็วสำหรับการรายงานแพทย์ และเริ่มให้
การดูแลรักษา

3. ควบคู่การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีการติดเชื้อมาจาก
ชุมชน เพื่อลดอัตราการตายภาพรวมทั้งระดับอำเภอ
ระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Dellinger, RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, Sevransky JE, Sprung CL, Douglas IS, Jaeschke R, Osborn TM, Nunnally ME, Townsend SR, Reinhart K, Kleinpell RM, Angus DC, Deutschman CS, Machado FR, Rubenfeld GD, Webb SA, Beale RJ, Vincent JL, Moreno R. (2013). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med.* 2013; 41(2): 580-637.
2. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M. (2003). The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. *N Eng J Med.* 2003; 348(16): 1546-54.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทางสถิติอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2563. จากเว็บไซต์: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>. 2563
4. Castle SC, Norman DC, Yeh M, Miller D, Yoshikawa TT. (1991) Fever response in elderly nursing home residents are the older truly colder? *J Am Geriatr Soc.* 1991; 39: 853-857.
5. Girard TD, Opal SM, Eyl EW. (2005) Insights into severe sepsis in older patients: from epidemiology to evidence based management. *Clin Infect Dis.* 2005; 40: 719-727.
6. Opal SM, Girard TD, Eyl EW. The immunopathogenesis of sepsis in elderly patients *Clin Infect Dis.* 2005; 41(7): 504-512.
7. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N. Engl. J. Med.* 2001; 345 (19): 1368-77.
8. Levy MM, Evan LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive care med.* 2018; 44: 925-928.
9. ข้อมูลหน่วยเวชระเบียนและสถิติ. จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลยางสีสุราช. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. 2563
10. สมาคมเวชบำบัดวิกฤต. การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. 2558.
11. ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. (2560). ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2560; 35(3): 224-231.
12. พัชรินทร์ สุรนาทยานันท์, วนิดา เคนทองดี และสุพัตรา กมลรัตน์. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2561; 36(1): 207-215.
13. จริยา พันธวิทย์กุลและจิราพร มณีพราย. (2561). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. *วารสารกองการพยาบาล.* 2561; 45(1): 86-104.
14. เนตรญา วิโรจวานิช. (2561). ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2561; 12(1): 84-94.
15. ภัทรศร นพพัญญ์และคณะ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลมุกดาหาร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2560; 37(1): 221-231.

16. มัณทนา จิระกังวาน. ผลการพัฒนาและผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe Sepsis) แบบมุ่งเป้าภายใน 6 ชั่วโมงแรก ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารกองการพยาบาล*. 2558; 42(3): 9-32.
17. ยุวดี เทียมสุวรรณ, อรชร มาลาหอม, อีรณัฐ ยินดีสุข, ประภัศร ความูซ้างและ นุสรุา ประเสริฐศรี. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหนักที่ติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้การจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2560; 35(1): 184-193.



การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: กระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้ Assessing the carbon footprint of a product: A case study of the wooden chair production process

(Received: September 13,2023 ; Revised: September 23,2023 ; Accepted: September 24,2023)

ประภัตร ไทยประดิษฐ์¹, เสรีย์ ตูประกาย², มงคล รัชชะ^{3*} และ โกวิท สุวรรณหงษ์⁴

Prapat Thaipradith¹, Seree Tuprakay², Mongkol Ratcha³ and Kowit Suwannahong⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้ โดยใช้หลักการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิตเก้าอี้ไม้ จำนวน 1 ตัว โดยใช้วิธีการประเมินวัฏจักรชีวิต (LCA) ตามรูปแบบ Business to Business (B2B)

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้ มีค่าการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการผลิตเก้าอี้ไม้ จำนวน 1 ตัว เท่ากับ 2.255 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ ประกอบด้วย สัดส่วนการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการได้มาซึ่งวัตถุดิบ เท่ากับ 1.316 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ และ สัดส่วนการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการผลิต เท่ากับ 0.939 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์

คำสำคัญ: คาร์บอนฟุตพริ้นท์, ก๊าซเรือนกระจก, ผลิตภัณฑ์

ABSTRACT

This study aims to evaluate the carbon footprint and greenhouse gas emissions of the wooden chair production process using quantitative research principles. The evaluation of the carbon footprint of producing one wooden chair will be conducted using the Life Cycle Assessment (LCA) method, following the Business to Business (B2B) model

The study's results reveal that the production process of wooden chairs yields greenhouse gas emissions equivalent to 2.255 kilograms of carbon dioxide per product unit. This value comprises 1.316 kilograms of carbon dioxide equivalent per product unit from the raw material acquisition process and 0.939 kilograms of carbon dioxide equivalent per product unit from the production process's greenhouse gas emissions.

Keywords: carbon footprint, greenhouse gases, products

บทนำ

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านภูมิอากาศส่งผลกระทบต่อประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ต้นตัวในการดำเนินงานเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ทั้งในระดับโรงงาน ระดับอุตสาหกรรม และระดับประเทศ โดยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ คือ ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากกิจกรรมต่าง ๆ

เช่น การเผาไหม้ของเชื้อเพลิง การใช้ไฟฟ้า การจัดการของเสีย และการขนส่ง โดยวัดออกมาในรูปตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ซึ่งองค์กรสามารถนำผลที่ได้ไปใช้กำหนดแนวทางบริหารจัดการลดการใช้พลังงานและลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก แหล่งปล่อยที่มีนัยสำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังช่วยเสริมสร้างศักยภาพให้แก่

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

² วศ.ด. รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

^{3*}ปร.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author Email: monkol.r@ru.ac.th

⁴ วศ.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ประกอบการและธุรกิจของไทยให้สามารถแข่งขันได้ในเวทีการค้าโลก ตลอดจนเป็นการเตรียมความพร้อมในกรณีที่ภาครัฐกำหนดให้มีการรายงานข้อมูลก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse Gas Reporting) ขององค์กรต่าง ๆ (สุรวุฒิ สุธา และ ศุภฎี พรหิรัญ, 2561)

ไม่ว่าอย่างไรก็สามารถนำมาผลิตเป็นเฟอร์นิเจอร์ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ชั้นวางของได้ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า, 2565) ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยางพารา โดยเฉพาะกลุ่มการผลิตเฟอร์นิเจอร์ไม้อย่างพารา ต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อปรับตัวให้ทันกับมาตรการทางด้านสิ่งแวดล้อมสมัยใหม่ อุตสาหกรรมดังกล่าวต้องมีการจัดทำข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ผลิตสามารถแสดงให้ผู้บริโภคเห็นได้ในรูปแบบของฉลากสิ่งแวดล้อมที่มีพื้นฐานการประเมินวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์ (Life Cycle Assessment : LCA) ซึ่งจำเป็นจะต้องพิจารณาผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียม/จัดหาวัตถุดิบ การผลิต การขนส่ง การใช้งาน จนถึงการจัดเก็บ ดังนั้น การประเมินผลกระทบในลักษณะนี้ จำเป็นต้องใช้ข้อมูลผลกระทบของผลิตภัณฑ์พื้นฐานต่าง ๆ ที่ใช้เป็นวัตถุดิบในการเตรียมผลิตภัณฑ์ที่จะถึงมือผู้บริโภคต่อไป (สถาบันน้ำและสิ่งแวดล้อมเพื่อความยั่งยืนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย, 2557)

ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเรื่อง การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: กระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้ ทั้งนี้สามารถนำข้อมูลการใช้พลังงาน การผลิต และการมาคำนวณค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่เกิดขึ้นได้ครบถ้วนและแม่นยำ และใช้เป็นแนวทางในการหามาตรการควบคุมการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นในการผลิตหรือค้นหาเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงาน อีกทั้งสามารถเป็นตัวชี้วัดให้กลุ่มอุตสาหกรรมผลิตงานไม้ในกลุ่มเดียวกันถึงความตระหนักในการช่วยลดการปล่อยมลพิษออกสู่ภายนอกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้ โดยใช้หลักการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาวิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ตามรูปแบบ Cradle to Gate หรือ Business to Business (B2B) มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการวิจัย ดำเนินการตามอนุกรมมาตรฐาน ISO 14040 ซึ่งประกอบด้วย

1.1 เป้าหมายการศึกษา เพื่อศึกษาคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในการผลิตเก้าอี้ไม้ เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงกระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้เพื่อลดค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์

1.2 ขอบเขตการศึกษา ทำการศึกษาการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกในการผลิตเก้าอี้ไม้ ซึ่งเป็นการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ตามรูปแบบ Cradle to Gate หรือ Business to Business (B2B) โดยแบ่งวัฏจักรชีวิตออกเป็น 4 ขั้นตอนครอบคลุมพื้นที่ แผนกปรับหน้าไม้แปรรูป แผนกเตรียมอะไหล่ชิ้นส่วนเก้าอี้ไม้ แผนกขึ้นรูปเก้าอี้ไม้ และแผนกขัดแต่งผิวเก้าอี้ไม้

1.3 การจัดทำบัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการวิเคราะห์และจัดทำบัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อม ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและปริมาณของการใช้วัตถุดิบ พลังงาน และการปลดปล่อยของเสียต่าง ที่เกิดขึ้น ตลอดวัฏจักรชีวิตของการผลิตเก้าอี้ไม้ จำนวน 1 ตัว ภายใต้หลักการดำเนินการ LCA และข้อมูลทั้งหมดที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษานี้ เป็นข้อมูลที่ได้เก็บจริงจากกระบวนการปฐมนิเทศ ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในกระบวนการทฤษฎี

1.4 การคัดเลือกวิธีการคำนวณ ผู้ศึกษาใช้วิธีการคำนวณปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่ทำให้ได้ผลลัพธ์ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

ด้วยวิธีการคำนวณโดยใช้ข้อมูลกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการผลิตแก๊สไอ้ไม้

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารโดยการศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีจากหนังสือวารสารวิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลจากเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากหลักฐานของกระบวนการผลิตแก๊สไอ้ไม้ ได้แก่ 1) การใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิงจากรถไถ และรถโฟล์คลิฟท์เพื่อการเคลื่อนย้าย 2) การใช้เครื่องรีดหน้าไม้ปรับผิวหน้าของไม้แปรรูป 3) การเตรียมอะไหล่ชิ้นส่วนแก๊สไอ้ไม้ โดยใช้โต๊ะตัดไม้ไฟฟ้า โต๊ะตัดแนวโค้งไฟฟ้า และเครื่องเจาะรูไฟฟ้า 4) การขึ้นรูปเป็นแก๊สไอ้ไม้ด้วยปืนยิงลูกแม็กซ์ โดยใช้ปั๊มลมไฟฟ้า 5) การขัดแต่งผิวแก๊สไอ้ไม้ โดยใช้เครื่องขัดมือไฟฟ้า จำนวน 40 ตัว ต่อการผลิตในระยะเวลาผลิต 5 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลและทำการป้อนส่วนรายงานค่าคาร์บอนเทียบเท่าต่อ 1 ตัว

2.3 การเก็บข้อมูลด้วยการประมาณค่าคือการสันนิษฐานข้อมูลขึ้นมาโดยอ้างอิงจากกรณีศึกษา จากคู่มือการวัดปริมาณและการรายงานผลการปลดปล่อย และลดปริมาณก๊าซเรือนกระจก ตามแนวทางมาตรฐาน ISO 14064-1

3. การวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการประเมินศักยภาพในการก่อให้เกิดภาวะโลกร้อนโดยการใช้ค่าศักยภาพในการก่อให้เกิดภาวะโลกร้อนของผลิตภัณฑ์ (บุญญาธิ บัวเผื่อน, 2563)

$$CFP = \sum (A_i \times EF_i)$$

โดยที่

CFP คือ ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์หรือปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อ

หน่วยผลิตภัณฑ์ (กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อ หน่วยผลิตภัณฑ์)

A_i คือ ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม i (หน่วยต่อหน่วยผลิตภัณฑ์)

EF_i คือ ค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Emission factor) ในแต่ละกิจกรรม i (กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วย)

จากขั้นตอนการคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการผลิตแก๊สไอ้ไม้ จะสามารถนำมาแปลผลเพื่อจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของผลิตภัณฑ์แก๊สไอ้ไม้ โดยจะสามารถใช้พิจารณาหรือชี้ชัดลงไปได้อย่างชัดเจน และควรจะมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงวิธีการหรือกระบวนการ ที่จะสามารถลดการพลังงานเพื่อจะทำให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น

ผลการศึกษา

1. บัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อม (Life Cycle Inventory: LCI) ของแก๊สไอ้ไม้

ขั้นตอนการจัดทำบัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อม เป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่สำคัญและจำเป็นที่จะต้องใช้ในการคำนวณค่าผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะครอบคลุมทั้งวัฏจักรตามรูปแบบ Cradle to Gate หรือ Business to Business (B2B) ตั้งแต่ขั้นตอนการได้มาซึ่งวัตถุดิบ กระบวนการผลิตจนถึง หน้าโรงงานพร้อมส่งออก โดยแบ่งวัฏจักรชีวิตออกเป็น 4 ขั้นตอนจากกิจกรรมการผลิตแก๊สไอ้ไม้จำนวน 1 ตัว ครอบคลุมพื้นที่ แผนกปรับหน้าไม้แปรรูป แผนกเตรียมอะไหล่ชิ้นส่วนแก๊สไอ้ไม้ แผนกขึ้นรูปแก๊สไอ้ไม้ และแผนกขัดแต่งผิวแก๊สไอ้ไม้ ดังนี้

1.1 บัญชีรายการการได้มาซึ่งวัตถุดิบ

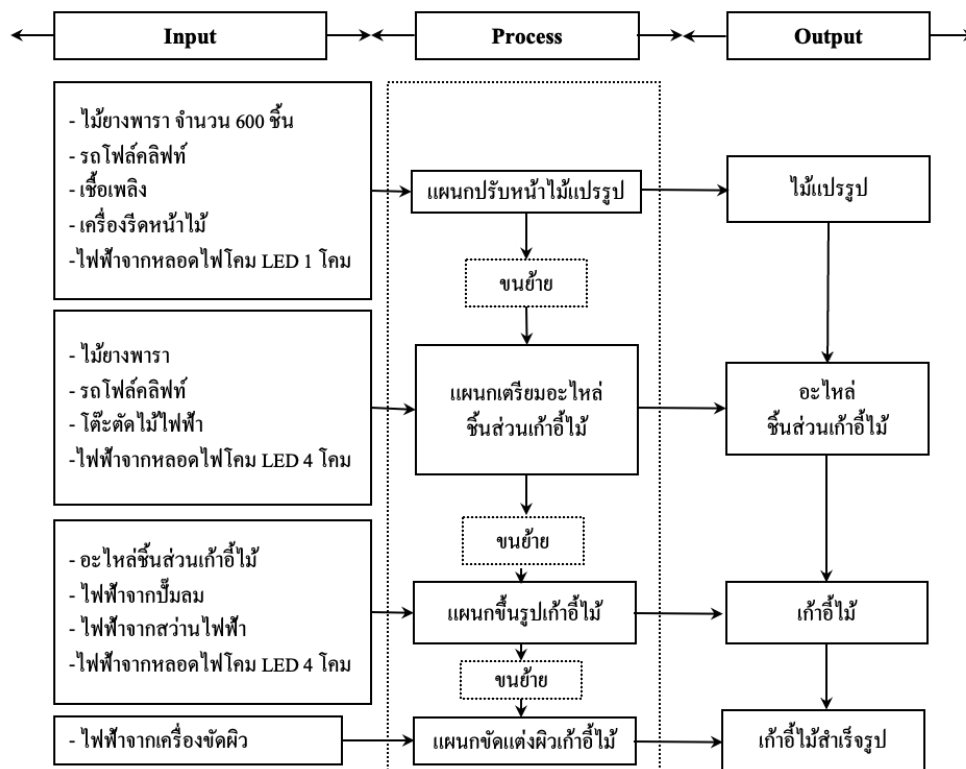
บัญชีรายการการได้มาซึ่งวัตถุดิบในกระบวนการผลิตแก๊สไอ้ไม้ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วัตถุดิบที่ใช้ในกระบวนการผลิตแก๊อ์ไม้

วัตถุดิบ	แหล่งนำเข้า	การเตรียมวัตถุดิบ
1) ไม้ยางพาราที่ผ่านกระบวนการอัดน้ำยาและอบแห้งสำเร็จรูปจากโรงไม้	ในประเทศ	ปรับพื้นผิวไม้
2) ลูกแม็ก	ในประเทศ	ไม่มีการเตรียมวัตถุดิบ
3) สกรูเกลียว	ในประเทศ	ไม่มีการเตรียมวัตถุดิบ
4) กระดาษทรายขัดละเอียด	ในประเทศ	ไม่มีการเตรียมวัตถุดิบ

จากตารางที่ 1 แสดงบัญชีรายการการได้มาซึ่งวัตถุดิบในกระบวนการผลิตแก๊อ์ไม้ พบว่า ลูกแม็ก สกรูเกลียว และกระดาษทรายขัดละเอียดเป็นวัตถุดิบที่ซื้อมาจากภายนอก นำเข้าจากในประเทศ ไม่มีการบวนการผลิตวัตถุดิบเอง ส่วนไม้

ยางพาราที่ผ่านกระบวนการอัดน้ำยาและอบแห้งสำเร็จรูปจากโรงไม้ จะต้องมีการจัดเตรียมวัตถุดิบให้เหมาะสมต่อการใช้งานในกระบวนการผลิต คือ ปรับพื้นผิวไม้ เพื่อให้ได้ผิวไม้ที่มีคุณสมบัติตามต้องการ



หมายเหตุ การใช้ไฟฟ้า เปิดใช้งาน 9 ชั่วโมงต่อวัน แก๊อ์ไม้จำนวน 40 ตัว ใช้เวลาในการผลิต 5 วัน

ภาพที่ 1 บัญชีรายการข้อมูลกระบวนการผลิตแก๊อ์ไม้

1.2 บัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อมของกระบวนการผลิต จากการศึกษาบัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อมของกระบวนการผลิตแก๊อ์ไม้ สามารถจำแนกกระบวนการผลิตออกเป็น 4 แผนก ดังนี้

1. แผนกปรับหน้าไม้แปรรูป โดยจะเริ่มตั้งแต่การเคลื่อนย้ายไม้แปรรูปจากคลังเก็บวัตถุดิบ เข้าสู่แผนกปรับหน้าไม้แปรรูป ซึ่งเป็นสถานีปรับหน้าไม้แปรรูป ด้วยรถไถ และรถโฟล์คคลิฟท์ โดยใช้น้ำมัน

ดีเซลเป็นเชื้อเพลิง จากนั้นดำเนินการปรับพื้นผิวหน้าของไม้ให้เรียบร้อย และสวยงามด้วยเครื่องรีดหน้าไม้

2. แผนกเตรียมอะไหล่ชิ้นส่วนเก้าอี้ไม้ หลังจากปรับหน้าเสร็จเรียบร้อยแล้ว ไม้จะถูกเคลื่อนย้ายอีกครั้ง ด้วยรถไถ และรถโฟล์คลิฟท์ เข้าสู่แผนกเตรียมอะไหล่ชิ้นส่วนเก้าอี้ไม้ เพื่อเข้าสู่กระบวนการเตรียมอะไหล่ชิ้นส่วนเก้าอี้ไม้ โดยการใช้เครื่องจักรงานไม้และสกรูเกลียว

3. แผนกขึ้นรูปเก้าอี้ไม้ เมื่อเตรียมเตรียมอะไหล่ชิ้นส่วนเก้าอี้ไม้สำเร็จ จะลำเลียงอะไหล่ชิ้นส่วนเก้าอี้ไม้ โดยการใช้ แรงงานคนผ่านอุปกรณ์ลากจูงที่เรียกว่า แอนด์ลิฟต์ เข้าสู่แผนกขึ้นรูปเก้าอี้ไม้เพื่อขึ้นรูปเก้าอี้ไม้ โดยใช้ปืนยิงลูกแม็กชันงานอุตสาหกรรมและสกรูเกลียว

4. แผนกขัดแต่งผิวเก้าอี้ไม้ หลังจากขึ้นรูปเก้าอี้ไม้สำเร็จ กระบวนการสุดท้ายคือ แผนกขัดแต่งผิวเก้าอี้ไม้ โดยแผนกนี้ จะทำการขัดแต่งผิวเสร็จก็จะได้เก้าอี้ไม้ที่สำเร็จพร้อมส่งมอบให้ลูกค้า

แสดงบัญชีรายการข้อมูลกระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้ ดังภาพที่ 1

2. การคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้

การคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการต่าง ๆ ของกระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากข้อมูลด้านกิจกรรม และจากกระบวนการขนย้าย

2.1 การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากข้อมูลด้านกิจกรรม (Activity data) ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์

วัฏจักรชีวิต	รายชื่อ	หน่วย	EF (CO ₂ e/ หน่วย)*	ข้อมูลด้านกิจกรรม		คาร์บอนฟุตพริ้นท์	
				(ปริมาณ/หน่วย)		(kgCO ₂ e/หน่วยผลิตภัณฑ์)	
				เก้าอี้ 40 ตัว	เก้าอี้ 1 ตัว	เก้าอี้ 40 ตัว	เก้าอี้ 1 ตัว
การได้มาซึ่งวัตถุดิบ							
วัตถุดิบหลัก	1) ไม้ยางพารา	kg	0.039	1200.000	30.000	47.52	1.188
	2) ลูกแม็ก	kg	0.348	0.645	0.161	0.224	0.056
	3) สกรูเกลียว	kg	0.687	0.035	0.089	0.024	0.061
	4) กระดาษทรายขัดละเอียด	kg	1.161	0.040	0.010	0.046	0.011
คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการได้มาซึ่งวัตถุดิบ (kgCO ₂ e/หน่วยผลิตภัณฑ์)						47.814	1.316
การผลิต							
แผนกปรับ หน้าไม้	ไฟฟ้าจากเครื่องรีดหน้าไม้	kWh	0.561	29.828	0.745	16.733	0.418
	ไฟฟ้าจากหลอดไฟโคม LED 1 โคม	kWh	0.561	4.500	0.112	2.524	0.063
แผนกเตรียม อะไหล่ ชิ้นส่วนเก้าอี้	ไฟฟ้าจากโต๊ะตัดไม้ไฟฟ้า	kWh	0.561	0.4475	0.005	0.251	0.002
	ไฟฟ้าจากหลอดไฟโคม LED 4 โคม	kWh	0.561	1.600	0.040	0.897	0.022
แผนกขึ้นรูป เก้าอี้ไม้	ไฟฟ้าจากปั๊มลม	kWh	0.561	223.710	5.593	125.501	3.137
	ไฟฟ้าจากสว่านไฟฟ้า	kWh	0.561	34.000	0.850	19.074	0.476
	ไฟฟ้าจากหลอดไฟโคม LED 4 โคม	kWh	0.561	16.000	0.400	8.976	0.224
แผนกขัดแต่ง ผิวเก้าอี้ไม้	ไฟฟ้าจากเครื่องขัดผิว	kWh	0.561	52.000	1.300	29.172	0.729
คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิต (kgCO ₂ e/หน่วยผลิตภัณฑ์)						203.129	5.074
คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของของผลิตภัณฑ์ (kgCO ₂ e/หน่วยผลิตภัณฑ์)						250.944	6.391

หมายเหตุ: * ค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกตามชนิดข้อมูลกิจกรรม (kgCO₂e/หน่วย) ตามสัดส่วนการใช้วัตถุดิบ

2.2 การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการขนย้าย สำหรับเชื้อเพลิงที่ใช้ในกระบวนการขนย้าย มีด้วยกัน 2 ส่วนคือ น้ำมันดีเซลที่ใช้ในส่วนของการรถโฟล์คคลิฟท์เพื่อการขนย้ายจากไม้ยางพาราจากคลังเก็บไปยังแผนกแผนกปรับ

หน้าไม้แปรรูป และขนย้ายจากไม้ยางพาราจากแผนกปรับหน้าไม้แปรรูป ไปสู่แผนกขึ้นรูปเก้าอี้ไม้ภายในพื้นที่โรงงานการผลิตทั้งสิ้น ดังนั้น หลักการคำนวณค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ มีรายละเอียดการคำนวณ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการขนย้าย

รายการ	จำนวน	หน่วย
น้ำมันดีเซล	30	L.
Diesel มีค่า Emission factor (Thai LCI) เท่ากับ	0.2789	kg CO ₂ eq/L
ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการได้มาของ Diesel	30L x 0.2789 kg CO ₂ eq/L	
หรือเท่ากับ	8.367	kg CO ₂ eq (1)
น้ำหนักตามระยะทางเที่ยวไปเท่ากับ	0.3	ton-km
การขนย้ายโดยรถโฟล์คคลิฟท์ มีค่า emission factor เท่ากับ	0.1825	kgCO ₂ eq/ton-km
ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการขนย้ายจากคลังเก็บ-แผนกแผนกปรับหน้าไม้แปรรูป เท่ากับ	0.3 ton-km x 0.1825 kgCO ₂ eq/ton-km	
หรือเท่ากับ	0.054	kg CO ₂ eq (2)
น้ำหนักที่ขนส่งทั้งหมดต่อเที่ยวเท่ากับ	1,200	kg
การขนย้ายโดยรถโฟล์คคลิฟท์ มีค่า emission factor เท่ากับ	0.1825	kgCO ₂ eq/ton-km
ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการขนย้ายจากแผนกปรับหน้าไม้แปรรูป -แผนกขึ้นรูปเก้าอี้ไม้ เท่ากับ	0.3 ton-km x 0.1825 kgCO ₂ eq/ton-km /1,200 kg	
หรือเท่ากับ	0.45E-04	kg CO ₂ eq (3)
รวมค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากน้ำมันดีเซล เท่ากับ	(1) + (2) + (3)	
หรือเท่ากับ	8.421	kg CO ₂ eq

จากตารางที่ 3 แสดงการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการขนย้าย พบว่ากระบวนการขนย้ายเก้าอี้ 40 ตัว มีค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากน้ำมันดีเซล เท่ากับ 8.421 kg CO₂eq ดังนั้น กระบวนการขนย้ายเก้าอี้ 1 ตัว มีค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากน้ำมันดีเซล เท่ากับ 0.210 kg CO₂eq

3. ผลการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิตเก้าอี้ไม้

ในการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้ ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการผลิตเก้าอี้ไม้ แสดงผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิตเก้าอี้ไม้

วัฏจักรชีวิต	การผลิตเก้าอี้ไม้		การผลิตเก้าอี้ไม้	
	จำนวน 40 ตัว		จำนวน 1 ตัว	
	กิจกรรม	ขนย้าย	กิจกรรม	ขนย้าย
การได้มาซึ่งวัตถุดิบ	47.814		1.316	
การผลิต	29.172	8.421	0.729	0.210
คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์	84.421 kgCO ₂ e/40 ตัว		2.255 kgCO ₂ e/1 ตัว	

จากตารางที่ 4 สรุปการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิตเก้าอี้ไม้ เป็นการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิตเก้าอี้ไม้ โดยใช้วิธีการประเมินวัฏจักรชีวิต (LCA) Cradle to Gate หรือ (Business to Business : B2B) โดยพบว่ามีค่าการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการผลิตเก้าอี้ไม้ จำนวน 1 ตัว เท่ากับ 2.255 kgCO₂e การที่กระบวนการได้มาซึ่งวัตถุดิบมีค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์

รึ้นท์ ในส่วนที่มีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูง คือ ในส่วนของวัตถุดิบหลัก ซึ่งสัดส่วนของค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการการได้มาซึ่งวัตถุดิบและสัดส่วนของการผลิตซึ่งมีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นอันดับสอง รองลงมาจากการได้มาซึ่งวัตถุดิบ สัดส่วนการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 สัดส่วนของค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิตเก้าอี้ไม้

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิตเก้าอี้ไม้ เป็นการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิตเก้าอี้ไม้ โดยใช้วิธีการประเมินวัฏจักรชีวิต (LCA) ตามรูปแบบ Cradle to Gate หรือ (Business to Business : B2B) โดยพบว่ามีค่าการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการผลิตเก้าอี้ไม้ จำนวน 1 ตัว เท่ากับ 2.255 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ ประกอบด้วย สัดส่วนการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการการได้มาซึ่งวัตถุดิบเท่ากับ 1.316 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ และ สัดส่วนการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการผลิตเท่ากับ 0.939 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ จะเห็นได้ว่า สัดส่วนการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของกระบวนการการได้มาซึ่งวัตถุดิบ มีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูง เนื่องจากวัตถุดิบหลักคือ ไม้ยางพารา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะโลกร้อน สอดคล้องกับองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือน

กระจก (2565) กล่าวว่า การปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งการใช้พลังงาน การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม การเกษตรกรรม การขนส่ง การตัดไม้ทำลายป่า รวมทั้งการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในรูปแบบอื่น ๆ ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะโลกร้อน และนับวันปัญหาดังกล่าวก็ยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งในส่วนขององค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคอุตสาหกรรมมีแนวโน้มการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต นอกจากนี้ ผลการศึกษาดังกล่าว ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ มีสุข (2565) ศึกษาเรื่อง การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์เปียร์ โดยใช้หลักการประเมินวัฏจักรชีวิต (Life Cycle Assessment: LCA) แบบ Cradle-to-Grave (Business-to-Consumer: B2C) เพื่อทำการประเมินผลิตภัณฑ์เปียร์ขวด ขนาดบรรจุ 620 มิลลิลิตร พบว่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์เปียร์ขวด เท่ากับ 0.360 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ โดยกระบวนการได้มาซึ่งวัตถุดิบมี

ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด ลำดับที่สองคือ กระบวนการผลิต ตามลำดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรภรณ์ ศรีอภัย และ วิสาขา ภูจินดา (2564) ศึกษาเรื่องการประเมินการปล่อยคาร์บอนในการผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้ โดยยกตัวอย่างการผลิตเก้าอี้เท้าแขนโดยใช้แนวทางการประเมินวัฏจักรชีวิต (LCA) เป็นกรอบวิธีการสำหรับการประเมินประสิทธิภาพด้านสิ่งแวดล้อมตลอดวงจรชีวิตของผลิตภัณฑ์ กระบวนการ หรือกิจกรรม ผลิตภัณฑ์คาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่ได้รับการประเมินสำหรับเก้าอี้เท้าแขนไม้ทั่วไปที่ผลิตในโรงเลื่อยทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า ขั้นตอนของการปล่อยคาร์บอนในการผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้คือ 54% สำหรับวัตถุดิบและการเก็บเกี่ยวไม้ 4% สำหรับการดำเนินงานคลังไม้ 11% สำหรับการแปรงไม้ 5% การเก็บรักษาไม้ 1% สำหรับการปรงไม้ 12% สำหรับการผลิต และ 13% สำหรับระยะการใช้งานและสิ้นสุดการใช้งาน/ การกำจัดขั้นสุดท้าย จากผลลัพธ์ข้างต้น เห็นได้ชัดว่าการปล่อยแอสคาร์บอนมีมากที่สุด ในขั้นตอนการเก็บเกี่ยวไม้ ควรใช้มาตรการเพื่อแนะนำเครื่องจักรและวิธีการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สุรวุฒิ สุธา และ ดุษฎี พรหิรัญ. คาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร กรณีศึกษา กองวิชาวิศวกรรมสรรพาวุธ ส่วนการศึกษา โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า. วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. 2561; 12(15):48-57.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า. รายงานประจำปี 2565 สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 4 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://anyflip.com/chxxd/mcqs>.
3. สถาบันน้ำและสิ่งแวดล้อมเพื่อความยั่งยืนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย. โครงการการจัดทำฉลากคาร์บอนสำหรับอุตสาหกรรมยางพารา และอุตสาหกรรมอื่น ๆ ประจำปีงบประมาณ 2557. [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 4 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://weis.fti.or.th/>.

การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการผลิตที่มาจากการใช้พลังงานไฟฟ้าสามารถลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้โดยใช้พลังงานไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์จากการติดตั้งแผงโซลาร์เซลล์ แทนการซื้อไฟฟ้าจากภายนอก เนื่องจากมีการใช้พลังงานไฟฟ้ามากที่สุดภายในโรงงาน การลดการใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นส่วนที่ส่งผลต่อค่าปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก ดังนั้นเมื่อลดการใช้พลังงานไฟฟ้าลง ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ก็จะลดลงไปด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

2.1 ควรทำการเปรียบเทียบข้อมูลหลังจากที่ได้มีมาตรการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยเฉพาะอย่างยิ่งศึกษาข้อมูลหลังจากที่ใช้พลังงานแสงอาทิตย์แทนการใช้ไฟฟ้าจากการติดตั้งแผงโซลาร์เซลล์

2.2 การศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการผลิตเก้าอี้ไม้ โดยใช้วิธีการประเมินวัฏจักรชีวิต (LCA) แบบ Cradle to Gate หรือ (Business to Business: B2B) เพียงเท่านั้น ดังนั้น ในการศึกษาครั้งถัดไป ควรนำหลักการประเมินวัฏจักรชีวิต (Life Cycle Assessment: LCA) รูปแบบ Cradle-to-Grave (Business-to-Consumer: B2C) โดยพิจารณาตั้งแต่กระบวนการได้มาซึ่งวัตถุดิบ กระบวนการผลิต กระบวนการกระจายสินค้า การใช้งานและการจัดการซากผลิตภัณฑ์



4. บุญญา บัวเพื่อน. การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร กรณีศึกษา บริษัท บีเอ็มทีเอเซีย จำกัด. วิทยาลัยเกษตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม) คณะบริหารการพัฒนาสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2563.
5. องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). แนวทางการประเมินคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ขององค์กรโครงการส่งเสริมการจัดทำคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร. ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ; 2565.
6. สุพรรณิ มีสุข. (2565) การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์เบียร์. ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้าและคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2565.
7. ภัทรภรณ์ ศรีอภัย และ วิสาชา ภูจินดา. การประเมินการปล่อยคาร์บอนในการผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(36): 84-98.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัด ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิต จากสารเสพติด

Effect of a motivation enhancing program together with therapy on self-management behavior of patients with substance-induced psychosis

(Received: September 14,2023 ; Revised: September 19,2023 ; Accepted: September 20,2023)

เกศราพร แก้วลาย¹ ศุภัณดา เทเวล่า² ศิวพร สุทธิณาท³

Kaetsaraporn Keawlai¹ ,Supukcha Tewela²,Siwaporn Soodtiphet³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัด ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 44 คน ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกจิตเวชและบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัด เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ dependent t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a motivational program. together with therapy on the self-management behavior of patients with substance-induced psychosis. Sample size 44 substance-induced psychotic patients who received treatment at the psychiatric and drug treatment clinic. Wapi Pathum Hospital Maha Sarakham Province Samples were randomly assigned to a control group and an experimental group, 22 people per group. The control group received normal care. The experimental group received a motivational program. Data collection tools included a general information questionnaire. and self-management behavior questionnaire Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, dependent t-test and independent t-test statistics.

The results of the research found that 1) the mean score of self-management behavior of patients with substance-induced psychosis. After receiving the motivation program, it was higher than before receiving the program. Statistically significant at the level .05 2) Mean score of self-management behavior of patients with substance-induced psychosis. who received the program Enhance motivation higher than the group receiving normal nursing care. Statistically significant at .05 level,

Keywords: motivation enhancing program, self-management behaviors, patients with substance-related psychosis

^{1,2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทนำ

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกมายาวนาน และทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพกายและจิตของผู้เสพ ผลกระทบต่อสังคมและครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลไปในการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ ปัญหาเสพติด จึงเป็นปัญหาที่มีไม่เฉพาะเนื่องจากการกระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานของสังคมอีกด้วย ผู้ป่วยจากสารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยประมาณ 29.5 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก กำลังประสบปัญหาจากโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด¹ และเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยกระทรวงสาธารณสุขพบผู้ป่วยนอกในสังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดเข้ารับบริการสูงสุดในปี 2559-2561 จำนวน 56,887 , 359,257 และ 606,014 คนตามลำดับ²

การเสพยาเสพติดเป็นการนำสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใด จะทำให้เกิดการเสพติดได้หากใช้สารนั้นเป็นประจำ มีความต้องการเสพยาทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา ต้องการขนาดการเสพยาเพิ่มมากขึ้น มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา³ ทั้งนี้สารเสพติดจะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในลักษณะของการกดประสาท ได้แก่ ฟีน มอร์ฟีน เฮโรอีน สารระเหย และยาเสพติดเป็นต้น บางชนิดออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ได้แก่แอมเฟตามีน กระท่อม และโคคาอิน เป็นต้น หรือออกฤทธิ์หลอนประสาทได้พร้อมๆกัน เช่น กัญชา เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย เช่น หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตัวเองและผู้อื่น

ได้ และทำให้เกิดโรคจากสารเสพติด⁴ ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดใช้การผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและการรักษาจิตสังคม⁵ อย่างไรก็ตาม ผลจากการที่มีผู้ป่วยโรคจิตติดสารเสพติด จะพบมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ด้านทำกิจวัตรประจำวัน มีอาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย⁶ ควบคุมอารมณ์พฤติกรรมได้น้อย ขาดความยับยั้งชั่งใจ^{6,7,8} การจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการปฏิเสธ รวมถึงขาดความสามารถในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มองตัวเองในด้านลบ คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความสามารถในการคิดหรือทำ รู้สึกไม่มีคุณค่า ประกอบกับผู้ป่วยขาดกำลังใจจากญาติและครอบครัว อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งระบาดของยาเสพติด จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ⁷

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด มีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างยั่งยืนมีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายในเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคของ Roger (1983)¹⁰ กล่าวว่า แรงจูงใจจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องเกิดจากการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัวจากการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง การส่งเสริมการรับรู้ทั้ง 4 ด้านดังกล่าว ถือเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้และเกิดแรงจูงใจในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหที่ชัดเจน และตัดสินใจกระทำการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางแก้ปัญหานั้นด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากสถานการณ์การให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ M2 จำนวน 90 เตียง และมีการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิต

จากสารเสพติด ในคลินิกจิตเวชและบำบัดยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสอนและให้ความรู้จากพยาบาลและเภสัชกร อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2563-2565 พบผู้ป่วย 46, 46 และ 71 ราย ตามลำดับ¹¹ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าการรักษาจะมีการจัดตั้งคลินิกจิตเวชและบำบัดยาเสพติด แต่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดยังไม่สามารถควบคุมอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาบ่อยกว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ และจากข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้ป่วยพบปัญหาการขาดทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ ขาดการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ ไม่สามารถจัดการตนเองได้เมื่อเกิดอาการทางจิต และการใช้ยารักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากการขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการตนเอง¹² ส่งผลให้ขาดทักษะในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมในการควบคุมอาการโรคจิตได้อย่างสมบูรณ์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และศึกษาผลของโปรแกรม อันจะเป็นประโยชน์ต่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและพัฒนาการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. พฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ทั้งเพศชายและเพศหญิง วัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18 - 59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ทั้งเพศชายและเพศหญิง วัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวชและบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 จำนวน 44 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) มีระดับการควบคุมอาการทางจิตสงบได้ และไม่มีประวัติก่อคดี อาญารุนแรง 2) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ 3) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น และ 4) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนขณะรอรับการตรวจรักษาหรือขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ มีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน ทำร้ายตัวเองและผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง มีอาการหลงผิด คัมภีร์ มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เป็นต้น

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางอำนาจทดสอบ (statistical power table) โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of

test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน (Polit, 2008)

กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 22 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 22 ราย ด้วยวิธีการจับคู่ (matched-pairs) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาตัวแปรดังนี้ 1) เพศ 2) อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) มีระดับการควบคุมอาการทางจิตสงบได้ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อน แล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ซึ่งพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีของ Rogers (1983)¹⁰ ได้แก่ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด 2. สร้าง สื่อของโปรแกรมประกอบด้วย 2.1) แผนการสอนเรื่องความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด 2.2) คู่มือการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด 2.3) สื่อการสอนภาพพลิกเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด 3. การตรวจสอบคุณภาพของ โปรแกรมและสื่อของโปรแกรม 4. ขึ้นทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรม ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 16 สัปดาห์ การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ของ Bloom (Bloom, 1971)¹³ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนของแต่ละแบบสอบถามมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

ตรวจสอบคุณภาพสื่อของโปรแกรมโดยนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านทำการตรวจสอบเนื้อหาสื่อ ความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสม และประเมิน

ค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อ และวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.80 ทำการแก้ไขปรับปรุงโปรแกรมและสื่อของโปรแกรม ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำโปรแกรมและสื่อของโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปศึกษานำร่องกับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความครอบคลุมของเนื้อหา โปรแกรมและสื่อของโปรแกรม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการสอนและทดลอง หลังจากนั้นก็ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมและสื่อของโปรแกรม ดำเนินการโดยนำข้อมูลต่างๆที่ได้มาจากการตรวจสอบประเมินและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำผลจากการทดลอง จัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด โรคประจำตัว / โรคอื่นที่นอกจากโรคจิตจากสารเสพติด และการใช้ยารักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง และข้อมูลการควบคุมโรคจิตจากสารเสพติด ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการทางจิต ที่เกิดขึ้น ผลกระทบของโรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวนยารักษาที่ใช้ และความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการควบคุมอาการโรคจิตจากสารเสพติด จากการรักษาในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการให้คะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 5 (ไม่มีอาการ = 5, มีอาการมาก = 1) และแบ่งการประเมินระดับการควบคุมโรคจิตจากสารเสพติด เป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนน 25 หมายถึง ควบคุม
อาการทางจิตสงบได้สมบูรณ์ (Controlle)

คะแนน 21 - 24 หมายถึง ควบคุมอาการ
ทางจิตสงบได้บางส่วน (Partly
controlled)

คะแนน ≤ 20 หมายถึง ควบคุมอาการทาง
จิตสงบไม่ได้ (Uncontrolled)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการ
ตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ผู้วิจัยพัฒนา
ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบ
คุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านแล้ว
นำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ ประกอบด้วยข้อคำถาม
31 ข้อ แบบสอบถามด้านบวก 23 ข้อ และ
แบบสอบถามด้านลบ 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมา
ตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ทำ
ทุกครั้ง ทำเกือบทุกครั้ง ทำบางครั้ง และไม่ได้ทำ โดย
ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเป็น 2 ระดับ ดังนี้
คะแนนในช่วง 31-99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม
การจัดการตนเองไม่เหมาะสม คะแนนในช่วง 100 -
124 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเอง
เหมาะสม

ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง
ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง
ของโรคจิตจากสารเสพติดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการ
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อ
คำถาม 6 ข้อ แบบสอบถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5
ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็น
ด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ
โรคจิตจากสารเสพติดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการ
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อ
คำถาม 6 ข้อ แบบสอบถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5

ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งเห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็น
ด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังใน
ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติดที่
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ
แบบสอบถามด้านบวก 12 ข้อ และแบบสอบถามด้าน
ลบ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
(Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่
เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองในการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติดที่
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ
แบบสอบถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมา
ตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็น
ด้วย ไม่ แนใจ และไม่เห็นด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 4 ส่วน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญ
ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 1
ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 1 ท่าน
และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความ เชี่ยวชาญด้าน
การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 1
ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้น
ผู้วิจัย ทำการรวบรวมความเห็นของแบบสอบถาม
ทั้งหมดที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ได้ตรวจสอบแล้ว
นำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ ตรวจสอบคุณภาพของ
แบบสอบถาม มีค่าความตรงตามเนื้อหาทุกตัวเท่ากับ
1.0 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ
.76, .83, .93, .85 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้สถิติที่

ขั้นตอนการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง และเตรียมเครื่องมือการวิจัย พร้อมทั้งนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวาปีปทุม เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ของโรงพยาบาลวาปีปทุม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม 22 คน

สัปดาห์ที่ 1

- ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว และชี้แจงการดำเนินการวิจัย

- Pre – test ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

- ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตจากสารเสพติด

- ตรวจรักษาโดยแพทย์ ที่คลินิกจิตเวชและบำบัดยาเสพติด

- รับยา และรับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรรม และได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชและบำบัดยาเสพติดก่อนกลับบ้าน

- นัดหมายอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 16 และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

สัปดาห์ที่ 16 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Post-test) และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มทดลอง 22 คน

สัปดาห์ที่ 1

- ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว และชี้แจงการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

- Pre – test ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับการควบคุมโรคจิตจากสารเสพติด แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตจากสารเสพติด แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจิตจากสารเสพติด แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติด

- ให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยใช้ภาพพลิกเรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และกระตุ้น ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์ของอาการโรคจิตจากสารเสพติดที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยเล่าถึงสภาพของตนและ

ลักษณะของตนเองขณะอยู่ที่บ้าน อธิบายลักษณะการดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ และด้านการจัดการกับปัญหา พูดถึงเส้นทางชีวิตตั้งแต่เริ่มใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบัน และวางแผนอนาคตสะท้อนมุมมอง และศักยภาพของตนเอง การประเมินอันตรายที่เกิดจากโรคจิตจากสารเสพติด เพื่อวิเคราะห์อันตรายของโรคจิตจากสารเสพติด ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการเผชิญปัญหา มีการตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติดและการป้องกันการเสพยา จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเรื่องโรคสมองติดยาและอาการทางจิต แนวทางการดูแลตนเองเพื่อการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ฝึกทักษะการจัดการตนเองและหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นความอยากเสพยาเสพติด ทักษะการปฏิเสธ การผ่อนคลายความเครียด การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลเมื่อสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วย สร้างกำลังใจให้กันและกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และมอบคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 16

สัปดาห์ที่ 2 - สัปดาห์ที่ 4

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่าง โดยติดตามทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย รวมถึงให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง พร้อมทั้งประเมินการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

สัปดาห์ที่ 8

ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ โดยติดตามทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติ

พฤติกรรมจัดการตนเอง เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย รวมถึงให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง พร้อมทั้งประเมินการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

สัปดาห์ที่ 12

โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมประเมิน โดยติดตามทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย รวมถึงให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง พร้อมทั้งประเมินการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และนัดหมายอีกครั้งเพื่อประเมิน post- test ในสัปดาห์ที่ 16

สัปดาห์ที่ 16

กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกจิตเวชและบำบัดยาเสพติด ผู้วิจัยเข้าพบให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม (post - test) และสรุปกิจกรรม ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ dependent t test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent t test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลวาปีปทุม

เอกสารรับรองเลขที่ 3/2565 วันที่รับรอง 19 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีจำนวนเพศที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.73 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 93.18 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.82 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 86.36 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,000–9,999 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 65.91 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ(บัตรทอง) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.64 ระยะเวลาที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด มากที่สุด คือ มากกว่า

10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.91 มีโรคประจำตัวที่นอกจากโรคจิตจากสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 18.18 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับการควบคุมโรคจิตจากสารเสพติด ควบคุมอาการทางจิตสงบได้สมบูรณ์ และควบคุมอาการทางจิตสงบได้บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 36.36 และ 63.64 ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ dependent t test ($n_1 = n_2 = 22$)

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มควบคุม	87.32	10.72	88.68	10.26	4.37	.75
กลุ่มทดลอง	87.18	7.28	113.64	3.53	20.06	.001

3. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมการจัดการ ตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t test ($n_1 = n_2 = 22$)

พฤติกรรม	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	87.32	10.72	87.18	7.28	0.05	0.48
หลังการทดลอง	88.68	10.26	113.64	3.53	10.79	.001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจตามทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (Rogers,1983)¹⁰ ที่กล่าวว่าการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อธิบายตามองค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีการประเมินกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้น มี 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลอย่างมีแบบแผน โดยส่งเสริมการรับรู้ให้คำแนะนำให้ความรู้เรื่องโรคจิตจากสารเสพติด อาการ แผนการรักษา และการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคจิตจากสารเสพติด อาการกำเริบเฉียบพลันอาจเกิดขึ้นหากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม เน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคจิตจากสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สยาภรณ์ เดชดี และคณะ ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการรับรู้ความรุนแรงของ โรคจิตจากสารเสพติด และโอกาสเสี่ยงของโรคจิตจากสารเสพติด และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยได้ประเมินความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติด เน้นให้เห็นถึงประโยชน์และผลดีของการปฏิบัติตัว เมื่อสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสม่ำเสมอจะมีผลต่อการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติด ในการฝึกทักษะการบริหารยารักษาด้วยตนเองและผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเอง พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติด เน้นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจพฤติกรรมการจัดการตนเองมากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ Bandura (Bandura,1997)¹⁴ ที่ได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดยกย่องชมเชย และการรู้ลึกถึงการเปลี่ยนแปลงในตนเอง

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับการพยาบาลตามปกติ จากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรประจำคลินิกจิตเวชและบำบัดยาเสพติด ในระยะเวลาการให้ข้อมูลที่จำกัด โดยกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแจกเอกสารหรือคู่มือ ไม่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

และไม่ได้รับการประเมินอุปสรรคที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง เมื่อพิจารณาคะแนนการเสริมสร้างแรงจูงใจหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ทุกราย ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองที่กลุ่มทดลองได้รับจากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การให้ความรู้ที่มีแบบแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง การได้รับคู่มือการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด เพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ ส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้งด้านการประเมินปัญหาอุปสรรคและการหาแนวทางการจัดการร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹⁵⁻¹⁷

ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers¹⁰ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด มีการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของผู้ป่วยโรคจิต จากสารเสพติด ความ

คาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคจิตจากสารเสพติด ที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด มีพฤติกรรม การจัดการตนเองที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง. (2557)¹⁸ สยามกรณ์ เดชดี, อรรพรรณ หนูแก้ว. (2564)¹⁹

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วยโรคจิตสุรา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ประพันธ์ สุนทรปาสิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัยและสถานที่ทำการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- United Nations Office on Drugs and Crime.(2017). World Drug Report 2017: 29.5 million people globally suffer from drug use disorders, opioids the most harmful. Retrieved January 19 ,2020, from <http://https://www.unodc.org>.
- กรมสุขภาพจิต.(2563). สถิติการเข้าถึงบริการโรคสำคัญด้านจิตเวช. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2563, จาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/map/>.
- สาลิณี ภู่งรุ่งเรืองผล.(2562). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2565, จาก <https://www.chiangmaihealth.go.th>.
- บุญศิริ จันศิริมงคล.(2558). โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและยาเสพติดที่มี โรคร่วมทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส จำกัด.
- สมภาพ เรืองตระกูล.(2557).ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช(พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- วีรพล ชูสันเทียะ, และสมเดช พินิจสุนทร.(2560). ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในผู้เข้ารับการ บำบัดรักษาในโรงพยาบาล ัญญารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(3), 523-533.
- ชาติรี ชัยนาคิน, ชาติรี ประชาพิพัฒน์, และอารี พุ่มประไพทย์.(2559).การเลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษา ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด. วารสารเกื้อการุณย์,23(2),248-262.

- 8.วชิราภรณ์ สอระสัน.(2566). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(1). 346-59
9. โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี.(2559).รายงานสรุปยอดการบำบัดรักษาโรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุดรธานี ประจำปี 2559. อุดรธานี: งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี.
10. Rogers, R.W. (1983) Cognitive and Physiological Processes in Fear Appeals and Attitude Change: A Revised Theory of Protection Motivation. In: Cacioppo, J. and Petty, R., Eds., Social Psychophysiology, Guilford Press, New York, 153-177.
11. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ณ วันที่ 21 มีนาคม 2565. มหาสารคาม: โรงพยาบาลวาปีปทุม, 2565.
12. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานสรุปการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. มหาสารคาม: โรงพยาบาลวาปีปทุม, 2565.
13. Bloom, BS, Madaus, GF, Hastings, JT. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York : McGraw-Hill, 1971.
14. Bandura A. Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. Psychological review 1997; 84(2):191-215.
15. Maddux JE, Roger RW. Protection motivation and self-efficacy: a revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1983;19(5):469-479.
16. Tobin DL, Reynolds RVC, Holroyd KA, Creer TL: Self-management and social learning theory; in Holroyd KA, Creer TL (eds): Self-Management of Chronic Disease: Hand book of Clinical Interventions and Research, pp., 29-58. Orlando, FL: Academic Press, 1986.
17. Polit DF, Beck CT. Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia; Lippincott Williams &Wilkins, 2008.
18. บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุน ครอบครัวต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาซ้ำในผู้ป่วยเสพยาบ้า สถาบันธัญญารักษ์. วารสารวิชาการ สาธารณสุข.
19. สยามภรณ์ เดชดี, อรรวรรณ หนูแก้ว. (2564). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต.

กรณีศึกษา: บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

Case study: The role of nurses in caring for patients undergoing colonoscopy.

(Received: September 29,2023 ; Revised: September 29,2023 ; Accepted: September 30,2023)

อุทัยวรรณ จิระชีวะนันท์¹

Utaiwan Jiracheewanun¹

บทคัดย่อ

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรอง ตรวจประเมินพยาธิสภาพ และประเมินความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ เนื่องจากสามารถมองเห็นทุกส่วนของลำไส้ใหญ่ นอกจากการส่องเพื่อวินิจฉัยและรักษาโรคแล้ว ยังสามารถใช้ติดตามการรักษาหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ ตรวจดูการอักเสบของลำไส้ แผลที่เกิดในลำไส้ หรือการลุกลามของโรคอื่นๆ ที่เกิดในลำไส้ การเตรียมตัวเพื่อส่องตรวจลำไส้มีความสำคัญเป้าหมายในการเตรียมเพื่อให้การส่องตรวจเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สามารถวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำมองเห็นพยาธิสภาพได้อย่างชัดเจน ไม่เกิดการบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องตรวจ ใช้เวลาน้อย ลดโอกาสเกิดการทะลุของลำไส้ใหญ่จากการเป่าลมหรือใส่ก๊าซคาร์บอน(CO₂)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วย ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยง การแก้ไขปัญหาล่วงหน้าก่อนนัดส่องกล้อง การให้ความรู้ การเตรียมลำไส้เพื่อให้่ายต่อการส่องกล้อง การติดตาม และประเมินผลเพื่อหาทางป้องกัน หาแนวทางแก้ไข เพื่อให้การส่องกล้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนกรณีศึกษา 2 กรณีศึกษาในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ที่มารับบริการที่แผนกงานศูนย์ห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การเตรียมตัวก่อนมา การเตรียมลำไส้ วิธีการส่องกล้อง การตรวจเยื่อบุ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁷ (Gordon, 1994) มาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ และใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม⁸ (Orem, 2001) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และลดข้อร้องเรียน

คำสำคัญ: การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่, บทบาทของพยาบาล, การเตรียมเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ABSTRACT

A colonoscopy is a procedure that aims to screen, pathological, evaluate, and assessment abnormalities of the large intestine Because you can see every part of the large intestine. In addition to examining to treat disease, it can also be used to monitor treatment after colonic cancer. Preparing for a colonoscopy is important. The goal is to prepare the bowel smoothly examines. Able to accurately diagnose and see pathology There were no injuries from using the equipment. Reduces complications, It takes less time and reduces the risk of colon perforation from inflating or inserting carbon dioxide (CO₂).

Nurses play an important role in preparing patients. From risk screening to solving patient problems before a colonoscopy appointment Role in providing knowledge, role in preparing the bowel to facilitate colonoscopy, tracking role and evaluating results to find ways to prevent, find a solution for the endoscopy to be effective patients are safe and receive maximum benefit. The researcher therefore presented two case studies of care and nursing for patients undergoing colonoscopy. who come to receive service at the endoscopy room department at Kalasin Hospital Preparation before coming, bowel preparation, Endoscopic method, inspection visit, and complications that may occur. It is used using Gordon's 11 health assessment frameworks⁷ (Gordon, 1994) to assess health status. And use nursing theory according to the Orem⁸ concept

¹ พยบ. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

(Orem, 2001) to apply to patient care. So that patients who come to receive colonoscopy services receive care according to nursing standards. Safe from complications. Patients are satisfied and reduce complaints
Keywords; Colonoscopy, nurse's role, preparation for colonoscopy

บทนำ

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นหัตถการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนปลายเริ่มตั้งแต่ทวารหนัก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ย้อนขึ้นไปจนถึงรูเปิดของลำไส้เล็กส่วนปลาย เพื่อทำการวินิจฉัย ฝ้าระวัง หรือรักษาโรคความผิดปกติของผู้ป่วยที่มีอาการ หรืออาการแสดงของการทำงานของระบบทางเดินอาหาร เพื่อติดตามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการใช้กล้อง colonoscope ส่องผ่านรูทวารหนัก หรือทวารเทียมเข้าไปตรวจในลำไส้ใหญ่ทั้งหมด โดยให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับยาระงับปวด ใช้เวลาทำหัตถการประมาณ 15-30 นาที ขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของแพทย์ และปัจจัยอื่นๆ เช่น ลักษณะลำไส้ใหญ่ ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ เป็นต้น ความสำเร็จของการส่องกล้อง ส่วนหนึ่งขึ้นกับคุณภาพของการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ โดยพบว่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ไม่มีประสิทธิภาพเกิดจากลำไส้ที่ไม่สะอาดถึงร้อยละ 25¹ ส่งผลให้แพทย์ไม่สามารถมองหาความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ได้ครบถ้วน หรือไม่สามารถตัดติ่งเนื้อหรือหิบบินเนื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

การเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้อง เป็นกระบวนการเตรียมที่มีความสำคัญก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก วิธีการเตรียมที่ดีต้องไม่ยุ่งยากต่อการปฏิบัติ สะดวก และเกิดผลข้างเคียงน้อย หลักการเตรียมมี 3 วิธี³ ดังนี้ 1) การจำกัดกากอาหาร โดยการรับประทานอาหารกายน้อย เพื่อลดปริมาณกากอาหารในลำไส้ 2) การสวนอุจจาระ ในกรณีส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลายด้วยน้ำยาสวนทวารก่อนการส่องกล้อง โดยเจ้าหน้าที่ห้องส่องกล้อง 3) การรับประทานยาระบาย ที่ใช้ทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ ในกรณีส่อง

กล้องลำไส้ใหญ่การเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องเป้าหมาย เพื่อให้ลำไส้ใหญ่สะอาดปราศจากอุจจาระ และน้ำอุจจาระโดยการงดการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงร่วมกับการรับประทานยาระบาย

ภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่⁵ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 5-7 โดยขึ้นกับยาที่ใช้, ภาวะออกซิเจนต่ำ ร้อยละ 6-11, ท้องอืด ร้อยละ 25, ปวดท้อง ร้อยละ 5-11, ติดเชื้อ ประมาณร้อยละ 4, ลำไส้ทะลุพบน้อยกว่า ร้อยละ 0.1 และภาวะเลือดออกพบ ร้อยละ 0.1-0.6 โดยส่วนมากกลุ่มผู้ป่วยที่พบจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ทำหัตถการตัดติ่งเนื้อ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ไม่สามารถกลับบ้านได้กรณีที่เป็นการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

ปัจจุบันงานศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการให้บริการการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ส่วนมากพัฒนามาเป็นรูปแบบของการให้บริการแบบวันเดียวกลับ สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สถิติการให้บริการย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2563-2565) มีดำเนินการได้ร้อยละ 55.92, 48.61, และ 37.63 ตามลำดับ และในปี 2566 ได้มีการดำเนินการไปแล้วจำนวน 449 ราย (สถิติจากงานศูนย์ส่องกล้องโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ณ เดือนเมษายน-มิถุนายน 2566) ดังนั้นบทบาทของพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องส่องกล้อง ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การดูแลผู้ที่เข้ารับบริการการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการส่องกล้องเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอเคสกรณีศึกษา 2 เคสในการดูแล บริหารจัดการ ควบคู่ไปกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่การนัดผู้ป่วย

การเตรียมตัวก่อนมา การเตรียมลำไส้ วิธีการส่องกล้อง การตรวจเย็บ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁷ (Gordon, 1994) มาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ และใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม⁸ (Orem, 2001) และวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองที่เหมาะสมโดยครอบคลุมประเด็นสำคัญดังนี้ 1) แนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเอง 2) การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลตนเอง และวิธีการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และ 4) การประยุกต์ใช้แนวทางส่งเสริมการดูแลตนเอง ดังนั้นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลมีความสำคัญ คือ การสอน/หรือให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเตรียมทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ โดยการรับประทานยาระบาย และการประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ หลังรับประทานยาระบาย เพื่อผลการส่องกล้อง ที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี เข้ารับการรักษา เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2566 (ข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์) - มาด้วยอาการ 1 สัปดาห์ก่อนมามีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ร่วมกับมีอาการปวดแหว่งไปหลัง	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 39 ปี เข้ารับการรักษา เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2566 (ข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์) - มาด้วยอาการ 1 สัปดาห์ก่อนมา ปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวา 1 วันก่อนมา ปวดมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

3. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เกิดความพึงพอใจ ลดข้อร้องเรียน

ขอบเขตการศึกษา

เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 2 ราย ในงานศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงปี 2566 ที่ผ่านการประเมินและนัดส่องกล้องโดยศัลยแพทย์

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประเมินความรู้ความเข้าใจ แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ
3. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
6. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
7. สรุปผลการพยาบาล และสรุปปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล
8. รวบรวมจัดทำเป็นรูปเล่ม
9. ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการแพทย์ เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
- โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด (ไม่มีอาการมา 2 ปี) ปฏิเสธการแพ้ยา Diagnosis; Rupture HCC Plan; Colonoscope การเตรียมตัวก่อนส่องกล้องผู้ป่วยได้รับการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดย - ให้กิน NIFEC ½ ซอง + น้ำ 1 ลิตร เวลา 18.00-20.00 น. และ NIFEC ½ ซอง + น้ำ 1 ลิตร เริ่มกินตอนเช้า เวลา 05.00-06.00 น. - ให้ NPO หลังเที่ยงคืน on 5%DN/2 1,000 ml vein 80 cc/hr. Colonoscopy Report; ผลพบว่ามี Suspected rectal cancer with small polyp at sigmoid and descending colon - หลังส่องกล้องผู้ป่วยมีอาการ Abdominal pain แพทย์ให้ทำ X-ray วินิจฉัยว่าเกิดจากการทำ polypectomy syndrome ให้สังเกตอาการปวดทางหน้าท้อง ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriaxone 2 gm vein OD. และ Metronidazole 500 mg IV q 8 hr. หลังจากสังเกตอาการพบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น อาการปวดท้องลดลง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 19 สิงหาคม 2566 นัดฟังผลชิ้นเนื้อ 2 อาทิตย์ สรุปปัญหาของผู้ป่วยรายนี้พบว่า เป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด อาการก่อนมา คือ มีอาการถ่ายเป็นเลือด ทำ Colonoscopy พบว่ามี Suspected rectal cancer with small polyp at sigmoid and descending colon ภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องพบว่า มี Abdominal pain จากการทำ polypectomy ภายหลังได้รับการดูแลรักษาอาการดีขึ้น และกลับบ้านได้ในวันต่อมา รวมระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งหมด 2 วัน การวิเคราะห์ทางการแพทย์เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการถ่ายเป็นเลือดสงสัยว่ามีอาการของ Rupture HCC (Hepatocellular carcinoma) เป็นมะเร็งระดับชนิด Hepatocellular carcinoma (HCC) เป็นโรคที่มีความสำคัญที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก พบมากเป็นอันดับ 5 คิดเป็นร้อยละ 5.6 ของมะเร็งทั้งหมด(WHO)⁹ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งระดับ ได้แก่ ภาวะตับแข็งจากทุกสาเหตุไม่ว่าจะจากแอลกอฮอล์หรือไวรัสตับอักเสบบี, การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี, สารอะฟาท็อกซิน ปนเปื้อนอยู่ในเมล็ดพืช เช่น ถั่วลิสง ข้าวโพด พริกแห้ง, โรคทางพันธุกรรมและเมตา	- ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการผ่าตัดในอดีต หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ และมีอาการปวดท้องตลอด การรักษาที่ได้รับรักษาด้วยยาแก้ปวด (Morphine 3 mg q 3 hr.) และตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าผิดปกติ ได้แก่ มีภาวะซีด Hct 19.7-23.3 vol% หลังได้รับเลือด ค่า Hct 33.2 vol% มีค่าความผิดปกติของ LFT สูงทุกตัว (SGOT 399.2U/L, SGOT 103.0 U/L, TB 8.3, DB 5.08) ค่าอัลบูมินต่ำ 2.4 g/dl วางแผนการตรวจพิเศษ คือ Colonoscopy, CT abdominal ก่อนวันทำ Colonoscopy ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวโดย NIFEC 1 ซอง + น้ำ 2 ลิตร กิน 16.00-18.00 น. ให้ NPO หลังเที่ยงคืนผลการทำ Colonoscopy พบ FAP with liver metastasis ผลของ CT abdominal พบว่า hepatomegaly, liver mass, minimal ascites, minimal bilateral pleural effusion. ภายหลังการตรวจจะเฝ้าพบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระดับระยะลุกลาม ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อย หอบ(On O₂ mask with bag 6 L/m อาการดีขึ้น) มีไข้ เริ่มมีอาการบวมตามขาทั้ง 2 ข้าง (บวม+2) ปวดแน่นท้อง มีอาการถ่ายเหลว เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อย จึงวางแผนส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลศูนย์ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น และปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพและใส่ท่อหายใจ กรณีผู้ป่วยต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยและญาติจึงขออนุญาตกลับบ้าน และเซ็นใบยินยอมให้ทำการรักษา แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ในวันที่ 11 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งหมด 14 วัน การวิเคราะห์ทางการแพทย์เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการปวดได้ขยโครงขวา และปวดมากขึ้น มีไข้ มีถ่ายเหลว มีอาการซีด สอดคล้องกับอาการของ โรคมะเร็งตับ จากการวิเคราะห์การเกิดโรคโรคมะเร็งตับชนิด Hepatoma carcinoma เป็นโรคที่พบได้บ่อยในประเทศไทย พบมากในเพศชาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุน้อย การดำเนินของโรคค่อนข้างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะเสียชีวิตเร็วเนื่องจากการตรวจจะเจอในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยมักเสียชีวิตด้วยตับวาย เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร การวินิจฉัยโรค จากอาการ และอาการแสดง คือ จะมีอาการตับโต ปวดแน่นท้องด้านบนขวา อาจคลำได้ และอาจมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่ขวา การตรวจวินิจฉัยโดย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ และตรวจด้วยการทำ CT-scan การรักษาแพทย์จะเสนอทางเลือกในการรักษาโดยคำนึงถึงระยะของโรค

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการแพทย์ เชื่อมโยงกับพยาธิสภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
บอกลักษณะ เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งทำให้เกิดไขมันเกาะตับ และเป็นตับแข็งตามมา และการได้รับยาหรือสารเคมีบางชนิด เช่น การได้รับฮอร์โมนเพศชายเป็นเวลานาน ผู้ป่วยรายสูงอายุนี้ให้ประวัติเป็นโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งตับ และผู้ป่วยมาด้วยอาการถ่ายเป็นเลือด และปวดร้าวไปหลัง สอดคล้องกับอาการของการเป็นโรคมะเร็งตับ สำหรับการทำให้ colonoscopy ในผู้ป่วยรายนี้เพื่อค้นหาโรคที่สงสัยจากประวัติและอาการของผู้ป่วย และเมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนดูแลต่อเนื่องตามแผนต่อไป และเนื่องจากเป็นผู้สูง อายุ จะเห็นว่าการให้ยาในการเตรียมลำไส้แพทย์จะให้ในสัดส่วน ปริมาณลดลงกว่าในการให้ปกติเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาเตรียมลำไส้ ได้แก่การเกิดภาวะถ่ายเหลวมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ สำหรับภาวะแทรกซ้อนของการทำ Colonoscopy ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง หลังส่องกล้องร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้เนื่องจากในขั้นตอนของการส่องกล้อง จะมีการการเป่าลมให้ลำไส้ขยายขณะทำการส่องกล้องตรวจ อาจรู้สึกอึดอัดแน่นท้อง และปวดท้องมากขึ้น หลักการให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ คือ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ปัญหาการรับรู้ และการสื่อสารเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ดูแล (Care giver) เพื่อมาร่วมรับฟัง การดูแลการพยาบาลเน้นการให้ความรู้ในการดูแลตัวเอง ให้สามารถสังเกตอาการผิดปกติเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้ ความสำคัญการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	อายุและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้จะยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนมากถ้าเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม การรักษาเพื่อประคับประคองให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น สำหรับผู้ป่วยรายนี้เลือกการรักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม ผู้ป่วยเลือกกลับไปอยู่กับครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต หลักการให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยรายนี้ เป็นการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งตับ ในระยะลุกลาม และผู้ป่วยอายุน้อย การดูแลสภาพจิตใจ การพยาบาลเน้นเห็นความสำคัญการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย

2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาลระยะก่อนส่องกล้อง		
1. ผู้ป่วย และญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Colonoscopy เป็นครั้งแรก	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยคำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน สั้น กระชับ ง่ายต่อการเข้าใจ ตอบคำถามของญาติ พร้อมทั้งให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ และซักถามข้อสงสัยต่างๆ	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยคำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน สั้น กระชับ ง่ายต่อการเข้าใจ เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ และซักถามข้อสงสัยต่างๆ

ตารางที่ 2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2. ญาติกลัวจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย	2. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยาหรือสารอาหารต่างๆ ประวัติการได้รับยาประเมินภาวะเสี่ยงขณะส่องกล้อง ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารและการเซ็นใบยินยอมทำหัตถการ 4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงขั้นตอนและวิธีการส่องกล้อง ว่ากล้องส่องตรวจที่ใช้ส่องเข้าไปในรูทวารหนัก เพื่อตรวจอวัยวะทางเดินอาหารส่วนปลาย มีเลนส์ติดที่ส่วนปลายเชื่อมต่อกับทีวีแสดงภาพการส่องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนปลายทำให้มองเห็นพยาธิสภาพของโรคทางเดินอาหารได้ชัดเจน 5. ให้ข้อมูลว่าการดูแลขณะส่องกล้องจะมีแพทย์และพยาบาลให้การดูแลใกล้ชิด 6. แนะนำการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยให้กิน NIFEC ½ ซอง + น้ำ 1 ลิตร เวลา 18.00-20.00 น. และ NIFEC ½ ซอง + น้ำ 1 ลิตร เริ่มกินตอนเช้า เวลา 05.00-06.00 น. และแนะนำให้ NPO หลังเที่ยงคืน 6. บันทึกอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง ขณะไปเยี่ยม และคำแนะนำต่างๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยลงในบันทึกทางการพยาบาลโดยละเอียดเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแล 7. ตรวจสอบการเซ็นยินยอมทำส่องกล้องในเวชระเบียน 8. ประเมินความเข้าใจ และสังเกตอาการวิตกกังวลซ้ำ การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ให้ความร่วมมือในการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้อง	2. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยาหรือสารอาหารต่างๆ ประวัติการได้รับยาประเมินภาวะเสี่ยงขณะส่องกล้อง ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารและการเซ็นใบยินยอมทำหัตถการ 4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงขั้นตอนและวิธีการส่องกล้องว่ากล้องส่องตรวจที่ใช้ส่องเข้าไปในรูทวารหนัก เพื่อตรวจอวัยวะทางเดินอาหารส่วนปลาย มีเลนส์ติดที่ส่วนปลายเชื่อมต่อกับทีวีแสดงภาพการส่องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนปลายทำให้มองเห็นพยาธิสภาพของโรคทางเดินอาหารได้ชัดเจน 5. แนะนำการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดย NIFEC 1 ซอง + น้ำ 2 ลิตร กิน 16.00-18.00 น. และแนะนำให้ NPO หลังเที่ยงคืน 6. บันทึกอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง ขณะไปเยี่ยม และคำแนะนำต่างๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยลงในบันทึกทางการพยาบาลโดยละเอียดเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมผู้ดูแล 7. ตรวจสอบการเซ็นยินยอมทำส่องกล้องในเวชระเบียน 8. ประเมินความเข้าใจ และสังเกตอาการวิตกกังวลซ้ำ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับโรค และการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ให้ความร่วมมือในการเตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้อง
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่	กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดสัญญาณชีพและ O₂ saturation ทุก 5 นาที	กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดสัญญาณชีพและ O₂ saturation ทุก 5 นาที



ตารางที่ 2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยวิธีการทำ Colonoscopy 2. ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากหลังทำการส่องกล้องร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ คณะแพทย์อยู่ระดับ 9-10	2. ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ การหายใจลำบาก ซึม สับสน กระสับกระส่าย อาการเขียวคล้ำปลายมือปลายเท้า หากพบอาการดังกล่าวขณะส่องกล้อง รายงานแพทย์ทันที 3. ประเมินการเสียเลือดจากการทำหัตถการส่องกล้อง ได้แก่ อาเจียนเป็น เลือดสดแน่นท้อง ปวดท้อง ลักษณะและสีของอุจจาระเป็นเลือดสด ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว วางแผนว่าหากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที 4. สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือถ่ายอุจจาระบ่อยจากการใช้ยาระบายในการเตรียมลำไส้ก่อนการ colonoscopy หรืออาการปวดท้อง ระหว่างการทำ หรือหลังจากทำในระยะเวลาหนึ่ง อาการเหล่านี้หายได้เอง หลังการตรวจเสร็จไปแล้วระยะหนึ่ง 5. สังเกตหลังการตรวจถ้าอาการแน่นท้องหรือปวดท้องไม่ดีขึ้น ควรตรวจประเมินผู้ป่วยอีกครั้ง ถ้าไม่แน่ใจว่ามีการทะลุของลำไส้ใหญ่ ควรตรวจเอกซเรย์ของท้อง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ 6. สังเกตภาวะเลือดออกหลังการตัดติ่งเนื้อเกิดจากการตัดติ่งเนื้อที่มีก้านหนา สามารถแก้ไขได้โดยการทำ re-snaring ที่ก้านของติ่งเนื้อส่วน เลือดที่ออกจากการตัดติ่งเนื้อที่ไม่มีก้าน (sessile polyp) สามารถหยุดได้โดยการฉีด epinephrine solution ที่ตำแหน่งเลือดออก 7. ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และแผนการพยาบาลแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย รวมทั้งต้องประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารอย่างต่อเนื่อง การประเมินผล 1. ภายหลังได้รับการส่องกล้องผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	2. ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ การหายใจลำบาก ซึม สับสน กระสับกระส่าย อาการเขียวคล้ำปลายมือ ปลายเท้า หากพบอาการดังกล่าวขณะส่องกล้อง รายงานแพทย์ทันที 3. ประเมินการเสียเลือดจากการทำหัตถการส่องกล้อง ได้แก่ อาเจียนเป็น เลือดสดแน่นท้อง ปวดท้อง ลักษณะและสีของอุจจาระเป็นเลือดสด ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว วางแผนว่าหากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที 4. สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือถ่ายอุจจาระบ่อยจากการใช้ยาระบายในการเตรียมลำไส้ก่อนการ colonoscopy หรืออาการปวดท้อง ระหว่างการทำ หรือหลังจากทำในระยะเวลาหนึ่ง อาการเหล่านี้หายได้เอง หลังการตรวจเสร็จไปแล้วระยะหนึ่ง 5. สังเกตหลังการตรวจถ้าอาการแน่นท้องหรือปวดท้องไม่ดีขึ้น ควรตรวจประเมินผู้ป่วยอีกครั้ง ถ้าไม่แน่ใจว่ามีการทะลุของลำไส้ใหญ่ ควรตรวจเอกซเรย์ของท้อง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ 6. สังเกตภาวะเลือดออกหลังการตัดติ่งเนื้อเกิดจากการตัดติ่งเนื้อที่มีก้านหนา สามารถแก้ไขได้โดยการทำ re-snaring ที่ก้านของติ่งเนื้อส่วนเลือดที่ออกจากการตัดติ่งเนื้อที่ไม่มีก้าน (sessile polyp) สามารถหยุดได้โดยการฉีด epinephrine solution ที่ตำแหน่งเลือดออก 7. ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และแผนการพยาบาลแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย รวมทั้งต้องประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารอย่างต่อเนื่อง การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากหลังการส่องกล้อง ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยปวดลดลง คณะแพทย์อยู่ระดับ 3-5 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3. เสี่ยงต่อการได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาาระงับความรู้สึกเพื่อส่องกล้อง ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยได้รับยาาระงับความรู้สึกด้วยวิธี TIVA (Total Intravenous Anesthesia)	กิจกรรมการพยาบาล เมื่อเสร็จจากการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในความดูแลต่ออยู่ระยะ - สังเกตอาการและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ภาวะออกซิเจนในเลือด - เฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยเหมือนกับการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดทั่วไป - ติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาาระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการหรือการผ่าตัด - ประเมินก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ดังนี้ ระดับความรู้สึกตัวปกติ หรือเทียบเท่ากับตอนมา, สัญญาณชีพปกติ, ค่าคะแนน Aldrete scoring system¹⁰ ต้องมีค่าคะแนนมากกว่า 9 คะแนน การประเมินผล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาาระงับความรู้สึก ค่าคะแนน Aldrete scoring system ก่อนส่งกลับมีค่าคะแนน 10 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล - สังเกตอาการและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ภาวะออกซิเจนในเลือด - เฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยเหมือนกับการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดทั่วไป - ติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาาระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการหรือการผ่าตัด - ประเมินก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ดังนี้ ระดับความรู้สึกตัวปกติ หรือเทียบเท่ากับตอนมา, สัญญาณชีพปกติ, ค่าคะแนน Aldrete scoring system¹⁰ ต้องมีค่าคะแนนมากกว่า 9 คะแนน การประเมินผล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาาระงับความรู้สึก ค่าคะแนน Aldrete scoring system ก่อนส่งกลับมีค่าคะแนน 10 คะแนน
4. ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา - ผู้ป่วยขอกลับไปปรึกษาตัวต่อที่บ้าน	กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการรับรู้และคำแนะนำ - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคสาเหตุเกิดโรค - อธิบายการตรวจรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติถามข้อสงสัยในปัญหาต่างๆ - ให้ชุดคำแนะนำตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ - หาช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ กรณีมีปัญหาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการรับรู้และคำแนะนำ - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคสาเหตุเกิดโรค - อธิบายการตรวจรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติถามข้อสงสัยในปัญหาต่างๆ - ให้ชุดคำแนะนำตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ - หาช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ กรณีมีปัญหาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การประเมินผล



ตารางที่ 2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สิ้นน้ำตาลาย ความวิตกกังวล	ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามการรักษา ภายหลังให้ ความรู้ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สิ้นน้ำตาลายความวิตกกังวล

สรุป

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการบริการ เพื่อส่งตรวจลำไส้ใหญ่ จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมี วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาโรคที่เกิดในระบบ ทางเดินอาหาร ระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง และ ทวารหนักในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ ต้อง อาศัยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ โดยการซักประวัติ ตรวจ ร่างกาย และผลการตรวจ วินิจฉัยจากการส่องกล้อง พยาบาลห้องส่องกล้องมี บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ต้องประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ต้องมีความรู้ในเรื่องการส่องกล้องลำไส้ ใหญ่ ข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการส่องกล้อง การเตรียม ลำไส้ใหญ่ การประเมินความสะอาดลำไส้ใหญ่ การ เตรียมลำไส้ใหญ่โดยการใช้ยาระบาย และ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อนำมาวางแผนการดูแลที่ ครอบคลุมมี ประสิทธิภาพ การประเมินคัดกรอง ความเสี่ยงก่อนการเตรียมลำไส้ เพื่อปรึกษาแพทย์ และแก้ไขปัญหาในวันนัดส่องกล้อง บทบาทใน การให้ความรู้ด้านการเตรียมความสะอาดลำไส้ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนัก และปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีบทบาทในการติดตาม และประเมินผลเพื่อ เป็นแนวทางป้องกันและหาแนวทางแก้ไข ปัญหา ลำไส้ไม่สะอาด ทั้งหมดนี้จะช่วยให้การส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ที่สุด ขณะส่องกล้องพยาบาลต้องมีความรู้เรื่องกาย วิทยาศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิสภาพของโรคเป็น

อย่างดี มีการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องกล้อง และบทบาทของ พยาบาลในการติดตามและ ประเมินผล เพื่อเป็น แนวทางป้องกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหาดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์ ขั้นตอนวิธีการ การจัดวางระบบ เพื่อ รองรับจำนวนผู้ป่วยที่จะมีจำนวนมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากการทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เป็น หัตถการที่เข้าร่วมในระบบของกระทรวง สาธารณสุขตามนโยบายการพัฒนากระบวนการ บริการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ซึ่งจะมีการส่งต่อผู้ป่วยที่ ผ่าน ระบบ การ คัด กรอง ด้วยวิธี Fecal immunochemical test (FIT) ในกลุ่มที่ผลเป็น บวกจะถูกส่งมายังโรงพยาบาลต้นสังกัด เนื่องจากมี ความพร้อมมากกว่าในการทำหัตถการ

2. ควรมีการจัดทำคู่มือและแนวทางการ เตรียมตัวเพื่อส่องกล้องสำหรับผู้ป่วย เพื่อเป็น แนวทางในการแนวทางเตรียมผู้ป่วย ให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะเกิดผลดี ในกรณีที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการส่องตรวจลำไส้แบบ วันเดียวกลับ (ODS) เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้อง เตรียมความพร้อมของลำไส้เองที่บ้าน ถ้าคำแนะนำ ไม่ชัดเจนอาจทำให้การเตรียมลำไส้ไม่พร้อมสำหรับ การส่องกล้อง จะทำให้ผู้ป่วยเสียเวลา และทำให้ การส่องกล้องไม่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Saltzman JR. Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointestinal Endo's*. 2015; 81(4): 781-93.
2. กันรติชา เขียดน้อย. (2563). ความรู้พฤติกรรมการเตรียม และความสะดวกของลำไส้ใหญ่ ในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่, *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(4), 93-101.
3. โสภณา ว่องทวี. (2561). บทบาทของพยาบาลกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก (Nurses 'Role in Colonoscopy at Outpatient Department). *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, (38)2, 142-48.
4. ปิยะ เล็บขาว. (2560). ภาวะลำไส้ใหญ่ทะลุจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และการรักษาโดยการส่องกล้อง. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 36(3), 190-197.
5. ASGE Standards of Practice Committee; Fisher DA, Maple JT, Ben-Menachem T, Cash BD, Decker GA, Early DS, et al. Complications of colonoscopy. *Gastro in test Endosc* [internet]. 2011 [cited 2022 Oct 9];74(4):745-52. Available from: [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(11\)01965-1/fulltext](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(11)01965-1/fulltext)
6. วิไลวรรณ ศิริสัจจวัฒน์. (2566). ภาวะแทรกซ้อนที่พบในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยวันเดียวกลับ ในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่โรงพยาบาลรัตนบุรี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, (31)1, 16-23.
7. Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
8. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. Saint Louis: Mosby; 2001.
9. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2566] จาก : http://www.nci.go.th/th/cpg/Cervical_Cancer6.pdf.
10. Aldrete JA. The post anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth*. 1995; 7: 89-91.



ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน เขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Effects of the program development of technical competency in the assessment of emergency patient condition at the scene for Emergency Medical Responder Phu-Wiang district, KhonKaen Province

(Received: September 14,2023 ; Revised: September 19,2023 ; Accepted: September 20,2023)

จิรนนท์ วรรณชัย¹

Jeeranun Wannachai¹

บทคัดย่อ

ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) กลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (One group pretest posttest design) โดยศึกษาในประชากรอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียงจำนวน 64 ราย 11 หน่วยกู้ชีพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ (KR-20 = 0.8) และแบบการให้คะแนนทักษะการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างเดือน เมษายน – กรกฎาคม 2566 วิเคราะห์ผลวิจัยโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired-Test ผลการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบทักษะความรู้ภายหลังการอบรม (Mean = 25.11, S.D. = 4.02) อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าก่อนการอบรม (Mean = 17.09, S.D. = 4.5) อย่างมีนัยทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และการเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma) ภายหลังการอบรม (Mean = 5.69, S.D. = 1.23) มากกว่าก่อนอบรม (Mean = 4.33, S.D. = 1.54) อย่างมีนัยทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) การเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Non - Trauma) ภายหลังการอบรม (Mean = 5.77, S.D. = 1.11) มากกว่าก่อนอบรม (Mean = 4.08, S.D. = 1.54) อย่างมีนัยทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) การติดตามประเมินการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน (Non - Trauma and Trauma) จำนวนสามครั้งคือ ครั้งที่หนึ่ง 81.10, 92.97 ครั้งที่สอง 82.42 , 92.75 ครั้งที่สาม 83.08, 82.42 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับทักษะภายหลังการอบรมในห้องอบรม (ทักษะการปฏิบัติหลังอบรมร้อยละ 80.00) มากกว่าร้อยละ 80

คำสำคัญ : โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ, การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ, อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

ABSTRACT

Effects of the program development of technical competency in the assessment of emergency patient condition at the scene for Emergency Medical Responder Phu-Wiang district, KhonKaen Province is quasi-experimental research. One group pre- posttest design was conducted on a population of 64 emergency medical responder in Phu-Wiang district and 11 Unit. Data were collected using knowledge tests (KR-20 = 0.8) and skills scoring form for non-trauma and trauma patients. During April – July 2023 Analyze research results using statistics The Paired-Test found that the comparison of post-training knowledge (Mean = 25.11, S.D. = 4.02) with more statistical significance than before the training (Mean = 17.09, S.D. = 4.5) and comparison of practical skills scoring for trauma care. Statistical significance of trauma after training (Mean = 5.69, S.D. = 1.23) than before training (Mean = 4.33, S.D. = 1.54) ($p\text{-value} = 0.01$) Comparison of practical skills scoring for Non-trauma care after training (Mean = 5.77, S.D. = 1.11) than before training (Mean = 4.08, S.D. = 1.54) statistically significant ($p\text{-value} = 0.01$) Monitoring and evaluation of emergency care for trauma and non-trauma The three times were the first 81.10, 92.97, the second

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; จิรนนท์ วรรณชัย E-mail: jeeanun@gmail.com

82.42, 92.75, the third 83.08, 82.42, respectively. Compared to post-training skills in the training room (post-training practical skills 80.00%) more than 80%

Keyword: Program of Development, Assessment of emergency patient, Emergency Medical Responder

บทนำ

สถานการณ์ผู้เสียชีวิตตั้งแต่ปี 2543 ถึง 2562 องค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคติดต่อดังกล่าวได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศไทยสาเหตุของการเสียชีวิต 5 อันดับในปี 2562 ต่อหนึ่งแสนประชากรจำแนกสาเหตุการเสียชีวิตได้ 2 ประเภทคือประเภทที่หนึ่งผู้ป่วยได้แก่ โรคกระเพาะ โรคหลอดเลือดสมองปอดอักเสบโรคหัวใจขาดเลือดและประเภทที่สองผู้ป่วยได้แก่ อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบกด้วยเหตุดังกล่าวทำให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลอุบลราชธานีได้ตระหนักถึงสถานการณ์ผู้เสียชีวิตจึงได้วิเคราะห์สภาพปัญหามาตรฐานงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินอำเภออุบลราชธานีที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยและผู้ป่วยบาดเจ็บในเขตพื้นที่อำเภออุบลราชธานีเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจากการให้บริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภออุบลราชธานี 11 ตำบลตั้งแต่ปี 2561 ถึง 2564 มีผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินจำนวน 5,144 คน ตลอดทั้ง 4 ปีที่ผ่านมาพบว่า มาตรฐานงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินอำเภออุบลราชธานีให้การช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลออกมารับผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างปลอดภัย น้อยกว่าร้อยละ 50³ ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพดังกล่าวผู้วิจัยและระบบการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลอุบลราชธานีจึงให้ความสำคัญกับหน่วยกู้ชีพตำบลซึ่งออกปฏิบัติการโดยอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินนั้นเป็นหน่วยที่พบผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหน่วยแรกจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน

เขตอำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพัฒนาแนวทางจาก New Scene Triage⁴ ภายใต้โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินและการช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นพื้นฐานในวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 กรกฎาคม 2566

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่รับบริการจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในปี 2561 ถึง 2565 ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินทั้ง 2 ประเภทมีการดูแลถูกต้องเหมาะสมร้อยละ 23 การดูแลถูกต้องไม่เหมาะสมร้อยละ 40 การดูแลไม่เหมาะสมร้อยละ 37 อัตราการรอดชีวิตขึ้นอยู่กับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างถูกต้องเหมาะสมในทางเดียวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้องแต่ไม่เหมาะสมหรือการดูแลไม่เหมาะสมทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลง⁵ สภาพปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมาตรฐานงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินอำเภออุบลราชธานีให้การช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลออกมารับผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างปลอดภัย³ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-trauma) อย่างถูกต้องเหมาะสม ประกอบด้วย ด้านการจัดสรรงบประมาณระบบการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงเริ่มต้นที่มีอยู่อย่างจำกัดแต่เมื่อให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยได้¹⁹ ด้านระบบการจัดการตั้งแต่ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจนถึงชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพดังกล่าวได้²⁰ จึงนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-trauma) ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภออุบลราชธานีโดยวิเคราะห์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภออุบลราชธานีทั้งระบบรวมถึงการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-trauma) ณ จุดเกิดเหตุ

การใช้หลักเกณฑ์ วิธีการ การประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉินหลักสูตรแรกของโลกในการดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support: ATLS) จาก American College of Surgeons ต่อมาได้มีการศึกษาด้านการออกปฏิบัติการมากขึ้นจึงใช้ Pre-hospital Trauma Life Support (PHTLS) เน้นการช่วยเหลือนำส่งไปยังโรงพยาบาลจตุรร่วมกันของ ATLS และ PHTLS ในการออกปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการนั้นเมื่อสามารถจำแนกผู้ป่วย (Non-Trauma) และผู้บาดเจ็บ (Trauma) ได้แล้วสิ่งที่สำคัญในการช่วยเหลือคือ การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ เน้นการช่วยเหลือเท่าที่จำเป็นโดยใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที^{13,14,15}ในประเทศไทยใช้แนวทางการปฏิบัติของระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน¹⁶และค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตเพื่อให้ช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นได้พัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน New Scene Triage (95% CI)

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น และเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ในห้องอบรมและ สมรรถนะปฏิบัติการจริง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอกุเวียง ครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองโดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือระยะที่ 1 สมรรถนะในห้องอบรมโดยให้ความรู้ซึ่งจัดเกณฑ์แบ่งระดับตามหลักของ Bloom et al., 1971¹⁷และทักษะการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระยะที่ 2 สมรรถนะในการปฏิบัติการจริง โดยติดตามการออกปฏิบัติการจำนวน 3 ครั้งเพื่อเกิด

ความยั่งยืนของทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

ประชากรที่ใช้ศึกษา

ประชากรได้แก่ อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น รวม 64 ราย 11 ตำบล ประกอบด้วย ตำบล ห้วยทอง นาหว้า สงเปือย กุดขอนแก่น หนองกงเขิน หนองกงชนสาร ดินดำ นาชุมแสง บ้านเรือ หุ้งชมพู และกุเวียง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

1. มีอายุ 20-60 ปี 2. ผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยตำแหน่งอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี 3. อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินมีการศึกษาระดับมัธยมต้นขึ้นไป 4. ผู้ที่เข้ารับการอบรมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินและการช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นพื้นฐานแก่อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอกุเวียงปี 2566 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 กรกฎาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบ

คุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 30 ข้อ โดยใช้เวลาในการทำข้อสอบ 20 นาที โดยหาค่าความตรง (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตรของ Kuder Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.6

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บฉุกเฉินจากการจำลองสถานการณ์จำนวน 4 ขั้นตอน ประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉินภายในระยะเวลา 5 นาที ทั้งสองส่วนข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) ของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณค่าดัชนีพบว่า ความสอดคล้องมากกว่า 0.8 และควบคุมความ

คลาดเคลื่อนของการบันทึกข้อมูลโดยใช้ตารางการให้
สถานการณ์สำหรับผู้ประเมินทักษะการปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วย สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าต่ำสุด-สูงสุด การเปรียบเทียบผลการทดสอบ (Paired t-Test) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) วิเคราะห์จาก (1) ความรู้โดย จำแนกระดับของความรู้ เป็น 3 ระดับคือ สูง กลาง ต่ำ¹⁷ และ (2) ทักษะการปฏิบัติ (สมรรถนะในห้อง อบรม) และวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการพัฒนา (สมรรถนะในการปฏิบัติงานจริง) อย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 ครั้ง¹⁸

การพิทักษ์สิทธิประชากรที่ใช้ศึกษา

1. นำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น
2. ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และสร้างความเข้าใจว่าข้อมูลที่ ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มีการรักษาความลับโดยใน การเก็บข้อมูล จะไม่มีการระบุชื่อและนามสกุล ที่อยู่ สถานที่ และไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ผลการวิจัยที่ได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูล จะ นำเสนอเป็นภาพรวม
3. ประชากรที่ใช้ศึกษาแสดงความยินยอมการเข้าร่วม วิจัย โดยให้ลงนามเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอมเป็น ลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัคร การแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบการใช้งานซึ่งเพิ่มประเด็นสำคัญ ที่อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินควรปฏิบัติเพื่อใช้ใน บริบทอำเภอภูเวียงดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินลักษณะสถานการณ์ว่ามี ความปลอดภัยหรือไม่ สภาพผู้เจ็บป่วยทั่วไปว่ามี ภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือไม่ โดยคำนึงถึงความ เหมาะสมในการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยหรือไม่ หาก ไม่ปลอดภัยให้ขอความช่วยเหลือไปยังศูนย์รับแจ้ง เหตุและสั่งการหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินระดับความรู้สึกตัวอย่าง รวดเร็ว โดยมีทั้งหมด 4 ระดับ ได้แก่

1. รู้สึกตัวดี โดยถามสามคำถามคือ ชื่อ สถานที่ และเวลา
2. ตอบสนองต่อเสียงเรียก ประเมินจากการ สัมผัสผู้ป่วยบริเวณไหล่และเรียก ลืมตาตื่นขณะเรียก และหลับตาลงหากไม่ได้รับการกระตุ้นผู้เจ็บป่วยจึงมี การตอบสนองต่อเสียงเรียก
3. ตอบสนองต่อความเจ็บปวด โดยหากผู้ เจ็บป่วยไม่มีการตอบสนองต่อเสียงเรียกต้องการกด บริเวณโคนเล็บหากนำมือมาปิดบริเวณตำแหน่งที่เจ็บ ผู้เจ็บป่วยจึงมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด
4. หดสติไม่รู้สึกตัวไม่ตอบสนอง ประเด็นที่ แตกต่างคือข้อปฏิบัติคือให้ประเมินการหายใจ และ ชีพจร หากผู้ออกปฏิบัติการประเมินผู้เจ็บป่วยไม่พบ การหายใจหรือชีพจร ดังกล่าวให้ทำการช่วยฟื้นคืน ชีพโดยการ กดนวดหัวใจ 30 ครั้ง และช่วยหายใจ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ที่ จำเป็นต้องประเมินต่อเนื่องกัน ได้แก่

1. การประเมินทางเดินหายใจ ประเมินได้จาก สีผิวมีสีม่วงคล้ำหรือไม่ และเสียงทางเดินหายใจโล่ง หรือไม่โดยในภาวะทางเดินหายใจปกติจะไม่มีสิ่ง แปรกปลอมและสีของผิวหนังร่างกายไม่ม่วงคล้ำ ไม่ มีเสียงทางเดินหายใจ หากพบสิ่งผิดปกติให้ทำการ เปิดทางเดินหายใจ ซึ่งหากมีการอุดกั้นทางเดินหายใจ และขจัดสิ่งแปรกปลอม
2. การประเมินการหายใจ ประเมินได้จาก ทรวงอกหรือท้องมีการเคลื่อนไหวขึ้นลง โดยภาวะ ปกติการหายใจจะหวั่นไหวสม่ำเสมอ หากไม่หายใจให้ ประเมินชีพจรร่วมด้วยและรายงาน ว.8 หากพบภาวะ หายใจผิดปกติ

3. การประเมินชีพจร ประเมินได้จากการคลำชีพจรบริเวณขอกคอ และข้อมือในภาวะปกติการเต้นของชีพจรจังหวะควรสม่ำเสมอ หากพบชีพจรมี

จังหวะไม่สม่ำเสมอ หรือไม่พบการเต้นของชีพจรควรช่วยฟื้นคืนชีพโดยการทำให้ CPR ทันทีโดยผู้ช่วยเหลือคนที่ 2 และรายงาน ว.8 มายังโรงพยาบาลทันที

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ			
สถานการณ์ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ขอ ว.7 โรงพยาบาล) เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ..... (เด็ก เด็กโต ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ) อาการและโรคประจำตัว..... ภาวะคุกคามต่อชีวิต/ การยืดตรึงศีรษะ ☐ มีพร้อมช่วยเหลือ ☐ ไม่มี		ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี (ชื่อ สถานที่ เวลา) ☐ ตอบสนองต่อเสียงเรียกพร้อม ว.8 ☐ ตอบสนองต่อความเจ็บปวดพร้อม ว.8 ☐ ไม่ตอบสนองให้ประเมินการหายใจและชีพจร	
การเปิดทางเดินหายใจ ☐ เปิดพร้อมช่วยเหลือ ☐ ไม่เปิด		CPR และ AED รายงาน ว.8	
การประเมินการหายใจ ☐ หายใจ ☐ ไม่หายใจ ☐ สม่ำเสมอ ☐ ไม่สม่ำเสมอพร้อม ว.8			
การประเมินชีพจร ☐ มี ☐ ไม่มีให้ทำ CPR ☐ สม่ำเสมอ ☐ ไม่สม่ำเสมอพร้อม ว.8			
การตรวจร่างกาย ☐ อวัยวะผิดปกติ ☐ รอยฟกช้ำ ☐ บวม ☐ แผลลึก ☐ วัตถุปักคา ☐ แผลไหม้ ☐ แผลฉีกขาด ☐ ตำแหน่งที่เจ็บ		การช่วยเหลือ (ผู้ช่วยเหลือคนที่ 2) การตาม ☐ มี ☐ ไม่มี การทำแผล ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น	

รูปภาพขั้นตอน แบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินประยุกต์จากเครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน⁴

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจร่างกายและการช่วยเหลือ เป็นประเด็นที่แตกต่างจาก New Scene Triage เนื่องจากการเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการค้นหาสภาพที่ผิดปกติโดยแบ่งตามข้ออ้างอิงจากสมรรถนะกฎหมายตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้หลัก D-C-A-P-B-T-L-S ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือคนที่ 2 มีหน้าที่ทำการปฐมพยาบาลตามคำสั่งผู้ช่วยเหลือคนที่ 1 ตรวจพบความผิดปกติ

2. ผลการศึกษาลักษณะทางประชากรพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.2 เพศหญิง ร้อยละ 32.8 อายุเฉลี่ย 45 ปี ประสพการณ์ด้านการทำงาน

เฉลี่ย 18 ปี ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมมากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 62.5

3. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ในการปฏิบัติตามแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าระดับความรู้ในการปฏิบัติก่อนและหลังการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์เขตอำเภอกุเวียงพบว่า ก่อนเข้าอบรมมีระดับความรู้ปานกลางและหลังหลังเข้าอบรมอาสาสมัครมีความรู้ในระดับที่สูงขึ้นดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ในการปฏิบัติตามแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าระดับความรู้ในการปฏิบัติก่อนและหลังการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

ความรู้	ก่อนอบรม (N = 64)	ระดับ ความรู้	หลังอบรม (N = 64)	ระดับ ความรู้
	Mean (S.D.)		Mean (S.D.)	
1. การประเมินสถานการณ์และความปลอดภัย (6 คะแนน)	3.42 (1.42)	ปาน กลาง	5.02 (1.00)	สูง
2. การประเมินระดับความรู้สึกตัว (5 คะแนน)	3.03 (0.96)	ปาน กลาง	4.13 (0.92)	สูง
3. การเปิดทางเดินหายใจ (3 คะแนน)	1.70 (0.79)	ปาน กลาง	2.41 (0.79)	สูง
4.การประเมินการหายใจ (2 คะแนน)	1.08 (0.65)	ปาน กลาง	1.66 (0.57)	สูง
5. การประเมินชีพจร (4 คะแนน)	2.28 (1.31)	ปาน กลาง	3.42 (0.79)	สูง
6. การตรวจร่างกาย (6 คะแนน)	3.22 (1.31)	ปาน กลาง	5.17 (1.18)	สูง
7. การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (4 คะแนน)	2.36 (0.98)	สูง	3.31 (0.92)	สูง

4. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้และทักษะการปฏิบัติตามแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ตามเครื่องมือขั้นตอนการประเมินสภาพของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์โดยใช้ Paired t-Test พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรม 17.09 ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการอบรม 25.11 ซึ่งยอมรับ H_1 คะแนนความรู้หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม ทั้งนี้ยังพบอีกว่าหลังการพัฒนาอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มี

ความรู้เพิ่มขึ้นก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และการเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติพบว่า การประเมินผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (Non-Trauma) ก่อนการอบรม (4.08) หลังการอบรม (5.77) และการประเมินผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma) ก่อนการอบรม (4.33) หลังการอบรม (5.69) มีทักษะการประเมินผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ตามเครื่องมือขั้นตอนการประเมินสภาพของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ก่อนและหลังการอบรม

การเปรียบเทียบ	ก่อนอบรม (N = 64)	หลังอบรม (N = 64)	Mean Different	p-value
	Mean (S.D.) ร้อยละ	Mean (S.D.) ร้อยละ		
1. ความรู้ (คะแนน)	17.09 (4.5) -	25.11 (4.02) -	8.02	0.00*
2. การประเมินผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma)	4.33 (1.54)	5.69 (1.23)	1.36	0.001*

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ตามเครื่องมือขั้นตอนการประเมินสภาพของผู้เจ็บป่วย
ฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ก่อนและ
หลังการอบรม

การเปรียบเทียบ	ก่อนอบรม (N = 64)	หลังอบรม (N = 64)	Mean Different	p-value
	Mean (S.D.) ร้อยละ	Mean (S.D.) ร้อยละ		
	57.63	81.0		
3. การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน (non-Trauma)	4.08 (1.54) 61.76	5.77 (1.11) 80.00	1.69	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดูแลผู้
เจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 เดือน พบว่า การประเมินครั้งที่ 1
ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินร้อยละ 80.10 ผู้ป่วยฉุกเฉินร้อยละ
92.97 การประเมินครั้งที่ 2 ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินร้อยละ
82.42 ผู้ป่วยฉุกเฉินร้อยละ 92.75 การประเมินครั้งที่
ที่ 3 ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินร้อยละ 83.08 ผู้ป่วยฉุกเฉิน
ร้อยละ 82.42

4. เครื่องมือขั้นตอนการประเมินสภาพของผู้
เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) ณ จุด
เกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์เขต
อำเภอภูเวียงมีประสิทธิภาพทำให้สมรรถนะในการ
ปฏิบัติงานจริงในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิด
เหตุเพิ่มขึ้นดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติตามแบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินการประเมินสภาพ
ผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) ในห้องอบรม (สมรรถนะในห้องอบรม) และขณะ
ปฏิบัติงานจริง (สมรรถนะในการปฏิบัติงานจริง)

ค่าทาง สถิติ	การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma)		การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Non-Trauma)	
	ก่อนอบรม	หลังอบรม	ก่อนอบรม	หลังอบรม
ร้อยละ	57.63	81.0	61.76	80.00

ประสิทธิภาพการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 เดือน ประเมินซ้ำทุก 4 สัปดาห์ ทั้งหมด 3 ครั้ง

ครั้งที่	ค่าทาง สถิติ	การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma)	การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Non-Trauma)
1	ร้อยละ	81.10	92.97
2	ร้อยละ	82.42	92.75
3	ร้อยละ	83.08	82.42

5. ทักษะการประเมินการปฏิบัติทั้งผู้บาดเจ็บ
ฉุกเฉินและผู้ป่วยฉุกเฉินดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์การ
ดูแลตามแบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนและหลังการ
อบรมทั้ง 7 ด้านพบว่า ด้านที่ 1 - 5 ได้แก่ ด้านที่ 1.
การประเมินสถานการณ์และความปลอดภัย ด้านที่ 2.
การประเมินระดับความรู้สึกตัว ด้านที่ 3. การ

ประเมินทางเดินหายใจ ด้านที่ 4. การประเมินการ
หายใจ ด้านที่ 5. การประเมินชีพจร มีทักษะเพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ด้านที่
6. การประเมินการตรวจร่างกาย มีทักษะเท่าเดิม
และ ด้านที่ 7. การประเมินการช่วยเหลือ มีทักษะเท่า
เดิม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติตามแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนและหลังการอบรมการประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (Non-Trauma and Trauma)

การปฏิบัติการประเมินสภาพ ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (Non-Trauma and Trauma) ณ จุดเกิดเหตุ	ก่อนอบรม (N = 64)		หลังอบรม (N = 64)		Mean Different Non- Trauma Trauma	p-value Non- Trauma Trauma
	Mean (S.D.)		Mean (S.D.)			
	Non- Trauma	Trauma	Non- Trauma	Trauma		
1. การประเมินสถานการณ์และความปลอดภัย	0.59 (0.5)	0.53 (0.5)	0.89 (0.31)	0.84 (0.37)	0.3 0.31	0.01 0.001*
2. การประเมินระดับความรู้สึกตัว	0.59 (0.5)	0.56 (0.5)	0.81 (0.39)	0.84 (0.37)	0.22 0.28	0.01 0.01
3. การประเมินทางเดินหายใจ	0.55 (0.5)	0.58 (0.5)	0.78 (0.42)	0.81 (0.39)	0.23 0.23	0.001* 0.01
4. การประเมินการหายใจ	0.55 (0.5)	0.61 (0.49)	0.88 (0.33)	0.81 (0.39)	0.33 0.20	0.01 0.001
5. การประเมินชีพจร	0.59 (0.5)	0.70 (0.46)	0.8 (0.41)	0.89 (0.31)	0.2 0.19	0.11 0.47
6. การประเมินการตรวจร่างกาย	0.61 (0.49)	0.69 (0.47)	0.75 (0.44)	0.75 (0.44)	0.14 0.06	0.001* 0.39
7. การประเมินการช่วยเหลือ	0.59 (0.5)	0.66 (0.48)	0.86 (0.35)	0.73 (0.45)	0.27 0.08	0.01 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอกุเวียงภายใต้โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินและการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานแก่อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอกุเวียงโดยใช้แบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-trauma) ณ จุดเกิดเหตุโดยศึกษา 2 ระยะ

ระยะที่ 1 สมรรถนะในห้องอบรมโดยให้ความรู้ซึ่งจัดเกณฑ์แบ่งระดับตามหลักของ Bloom et al., 1971¹⁷ และทักษะการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

ระยะที่ 2 สมรรถนะในการปฏิบัติการจริงโดยติดตามการออกปฏิบัติการจำนวน 3 ครั้งเพื่อเกิดความยั่งยืนของทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หลังการอบรม (ระยะที่ 1 สมรรถนะในห้องอบรม) อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอกุเวียงมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น และการเปรียบเทียบก่อนและ

หลังการอบรมทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-trauma) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและประสิทธิภาพการพัฒนา (ระยะที่ 2 สมรรถนะในการปฏิบัติงานจริง) เพิ่มขึ้นอย่างสอดคล้องกัน

อภิปรายการวิจัย

การศึกษางานวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงทดลอง (Quasi Experiment) กลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (One group pretest posttest design) โดยศึกษาประชากรอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด 64 รายที่เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินและการช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นพื้นฐานแก่อาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอกุเวียงปี 2566 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 กรกฎาคม 2566 ซึ่งใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอกุเวียงในการ

อบรม โดยมีเครื่องมือระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน New Scene Triage โดยศึกษาการประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉินของอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินต่อการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 (95% CI)⁴ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้ข้อสนับสนุนจากผลการวิจัยดังกล่าว ลักษณะของกลุ่มประชากรที่คล้ายกัน และเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยลักษณะเดียวกันพบว่าเครื่องมือการประเมินสภาพผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุมีการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตและการช่วยเหลือที่ครอบคลุมมากกว่า ทั้งนี้ผู้วิจัยปรับปรุงการใช้งานและเพิ่มประเด็นสำคัญกับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินควรปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเหมาะสมจึงได้ทำโปรแกรมหักล้างขึ้นโดยมีขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ 4 ขั้นตอน 7 ด้านดังที่กล่าวมา

ระยะที่ 1 สมรรถนะในห้องอบรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-trauma) ซึ่งจัดเกณฑ์แบ่งระดับตามหลักของ Bloom et al., 1971¹⁷ เพื่อให้ผู้วิจัยทราบถึงระดับความรู้และความเข้าใจ²² ของอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มระดับที่เหมาะสมได้อย่างตรงประเด็น ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้ในการปฏิบัติตามแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินการประเมินระดับของความรู้ก่อนและหลังการอบรมโดยการทำแบบวัดความรู้ต่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรม 17.09 ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการอบรม 25.11 ซึ่งยอมรับ H_1 คะแนนความรู้หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม ทั้งนี้ยังพบอีกว่าหลังการพัฒนาอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีความรู้เพิ่มขึ้นก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ความรู้ดังกล่าวนำไปสู่ทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-trauma) ณ จุดเกิดเหตุ^{9,10,11,12} ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติตามเครื่องมือขั้นตอนการประเมินสภาพของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ก่อนและหลังการอบรมทักษะการดูแลผู้บาดเจ็บ (Non -Trauma) ก่อนการอบรม (4.08) หลังการอบรม (5.77) และผู้ป่วยฉุกเฉิน (Trauma) ก่อนการอบรม (4.33) หลังการอบรม (5.69) มีทักษะการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Trauma and Non-Trauma) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษารัฐะวิ พัฒนรัตน์โมฬี. (2560). เรื่องการพัฒนาเครื่องมือการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าความรู้และทักษะ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ของอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน มีผลต่อการปฏิบัติงานจริงและการศึกษาของกฤษฎา สักขมุณีจินดา,(2560). เรื่องการพัฒนาเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์พบว่าเครื่องมือคัดแยก ณ จุดเกิดเหตุ สามารถช่วยคัดแยกผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้ง่ายขึ้น ซึ่งจากการศึกษา ผู้วิจัยได้สอบถามอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 64 คน มีความเห็นตรงกันว่า”การมีเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย ถือเป็นตัวช่วยในการทำงาน เพราะบางครั้งความรู้ที่เรียนในห้องเรียนจำไม่ได้ ไม่แน่ใจ แต่ถ้ามีแนวทางที่ชัดเจน จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการทำงาน”

ระยะที่ 2 สมรรถนะในการปฏิบัติการจริงโดยติดตามการออกปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องเพื่อเกิดความยั่งยืน²³ ของทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการดูแล

ผู้ป่วย ทั้งหมด 3 ครั้งโดยเปรียบเทียบร้อยละทักษะการปฏิบัติตามแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุขณะปฏิบัติงานจริง (สมรรถนะในการปฏิบัติงานจริง) กับสมรรถนะในห้องอบรมมีร้อยละมากกว่า 80เป็นข้อสรุปว่าเกิดประสิทธิภาพอย่างยิ่งย่นผู้วิจัยพบว่าการประเมินทั้ง 3 ครั้ง ระยะห่าง 3 เดือน ประเมินซ้ำทุก 4 สัปดาห์ ทั้งหมด 3 ครั้งได้คะแนนการประเมินเพิ่มขึ้น และมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบผู้ที่ศึกษาในกรณี ประเมินการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ภายหลังใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของอาสาสมัครฉุกเฉินทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามการออกติดตามประเมินผลในขณะออกปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องทำให้อาสาสมัครฉุกเฉินทางการแพทย์มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เป็นการประเมินประสิทธิภาพการพัฒนาหรือสมรรถนะขณะปฏิบัติงานจริงในช่วงเดือน มิถุนายน

– กรกฎาคม ปี 2566 มีจุดเด่นคือการพัฒนาเครื่องมือการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินและง่ายต่อการนำมาทดลองใช้ ซึ่งตรงตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง และการติดตามประเมินการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งควรประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่เหมาะสมมากขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลภูเวียง งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่คอยเป็นกำลังสำคัญหลักในการให้ข้อมูลและดำเนินการ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเวียง นายแพทย์พิภพ สิริเพาประดิษฐ์ ที่การสนับสนุนทำการวิจัย ขอขอบพระคุณท่านผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือทั้งแพทย์ พยาบาล และอาจารย์ วรวิทย์ ชมภูพาน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในการให้คำปรึกษา และที่สำคัญอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2010). Prehospital Trauma Care System. Geneva: World Health Organization.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2562). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข จาก <file:///C:/Users/P.P.IT%20Service/Desktop/Research%20J/Infro/%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%A3%2062.pdf>
3. สุพงษ์ ปะกังลำภู. (2564). รายงานการประชุมอุบัติเหตุโรงพยาบาลภูเวียง. (32) ขอนแก่น: โรงพยาบาลภูเวียง
4. รัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี. (2560). การพัฒนาเครื่องมือการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น. การพัฒนาเครื่องมือการประเมินสภาพนอกโรงพยาบาล.
5. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูเวียง. (2564). สถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เขตอำเภอภูเวียง. ขอนแก่น.
6. วิชัย โชควิวัฒน์. (2564). การพัฒนาโดยสังเขปของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ปีที่ 1. (ฉบับที่ 1). 53-60. สืบค้น 25 มกราคม 2565 จาก https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2021/EBook/413143_20210712105106.pdf

7. วิทยาชาติบัญชาชัย. (2550). "ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน" ในยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร. ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น.
8. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน (23 กุมภาพันธ์ 2551) เข้าถึงได้จาก
<http://ems.bangkok.go.th/learning/mod/page/view.php?id=373> วันที่สืบค้น 4 มกราคม 2565
9. Good C.V. (1973). Dictionary of Education. 3rd ed. New York: Mc.Graw Hill.
10. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
11. อนันต์ ศรีโสภณ. (2535). การพัฒนาการทดสอบศักยภาพในการพัฒนาตนเอง. กรุงเทพฯ: จุฬารัตน์การพิมพ์.
12. วิภาดา วัฒนนามกุล. (2544). การพัฒนาระบบการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับนักศึกษาสาขาวิชาชีพสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
13. American College of Surgeons. (2018). Advanced Trauma Life Support 10th. from
<https://www.emergencymedicinekenya.org/wp-content/uploads/2021/09/ATLS-10th-Edition.pdf>
14. American College of Surgeons. (2019). Prehospital Trauma Life Support 9th. USA. from
<https://bulletin.facs.org/2018/06/atls-10th-edition-offers-new-insights-into-managing-trauma-patients/>
15. Emergency Care: The Pocket Book. การดูแลผู้ป่วยเจ็บนอกโรงพยาบาล. (2559). (หน้า 467). กรุงเทพฯ: บจก. ปัญญมิตรการพิมพ์.
16. Richard Wuerz & David Eitel. (1968). Emergency Severity Index: ESI.
17. Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning.
18. Gates, A. I. (1949). Edward L. Thorndike: 1874-1949.
19. สมชาย กาญจนสุด. (2546). การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น.
20. วิทยาชาติบัญชาชัย. (2550). "ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน" ในยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร. ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น.
21. ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข. (2545). คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
22. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. (2542). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลงานวิจัย. กรุงเทพฯ: พี แอนด์ บี พับลิชชิง.
23. จารุณี สุธีร์. (2555). การพัฒนาคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
24. กฤษณา สังขมณีจินดา. (2560). การพัฒนาเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินทางการแพทย์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา:โครงการก่อสร้างเส้นทางคมนาคมผิวทางจราจรแบบ เคฟซีล

Assessing the carbon footprint of products Case study: Transportation route construction project Cape Seal road surface

(Received: September 14,2023 ; Revised: September 19,2023 ; Accepted: September 20,2023)

พศิน มีใจสืบ¹ มงคล รัชชะ^{2*} เสรีย์ ตูประกาย³ โกวิท สุวรรณหงษ์⁴

Colonel Pasin Meejaisueb¹, Monkol Ratcha², Seree Tuprakay³, Kowit Suwanahong⁴

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา โครงการก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ผิวจราจรแบบ เคฟซีลโดยอ้างอิงวิธีการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ จากองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก โดยใช้หลักการประเมินวัฏจักรชีวิต (Life Cycle Assessment : LC แบบ B2B) โดยทำการประเมินใน 2 ช่วงชีวิตผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ช่วงการได้มาซึ่งวัตถุดิบ และช่วงการผลิต ช่วงการได้มาซึ่งวัตถุดิบ มีการปลดปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เท่ากับ 1.08 ตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ และ ช่วงของการผลิตมีการปลดปล่อยปริมาณคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ เท่ากับ 0.08 ตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ โดยกระบวนการได้มาซึ่งวัตถุดิบ มีค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด คิดเป็น 92.85 เปอร์เซ็นต์ ลำดับที่ 2 กระบวนการผลิต ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด คิดเป็น 7.15 เปอร์เซ็นต์

คำสำคัญ : คาร์บอนฟุตพริ้นท์, ผิวทางจราจร, เคฟซีล

Abstract

This research is an evaluation of the carbon footprint of products, a case study of a transportation route construction project. Cape Seal traffic surface based on methods for evaluating product carbon footprints From the Greenhouse Gas Management Organization Using the principles of life cycle assessment (Life Cycle Assessment: LCA) in a B2B format by evaluating in 2 product life stages, namely, the acquisition of raw materials and production range Period of acquiring raw materials There was a release of a carbon footprint equal to 1.08 tons of carbon dioxide equivalent per product unit, and during the production period there was a release of a carbon footprint equal to 0.08 tons of carbon dioxide equivalent per product unit. By the process of acquiring raw materials It has the highest greenhouse gas emissions value, accounting for 92.85 percent. No. 2 production process. The highest greenhouse gas emissions value is 7.15 percent.

Keywords: Carbon Footprint, road surface, Cape Seal,

บทนำ

ภาวะโลกร้อน (Global Warming) คือ การที่อุณหภูมิเฉลี่ยของโลก และผืนมหาสมุทรเพิ่มสูงขึ้น ก๊าซเรือนกระจกมีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากกิจกรรมของมนุษย์ เป็นเหตุให้รังสีจากดวงอาทิตย์ที่เคยส่องมายังโลก ไม่สามารถ

สะท้อนกลับออกไปนอกโลกได้ เพราะถูกก๊าซเรือนกระจกที่มีปริมาณมาดบัง เรียกสภาวะแบบนี้ว่า “ปรากฏการณ์เรือนกระจก” เมื่อความร้อนไม่สามารถสะท้อนกลับออกไปนอกโลก ก็ทำให้อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกเพิ่มสูงขึ้น เกิดเป็นภาวะโลกร้อน ยิ่งก๊าซเรือนกระจกเท่าใด โลกก็จะร้อนขึ้นเท่านั้น⁽¹⁾

¹ พันเอก นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการตรวจสอบและกฎหมายวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

^{2*}ปร.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding author Email: monkol.r@ru.ac.th

³วศ.ด.รองศาสตราจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

⁴วศ.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คาร์บอนฟุตพริ้นท์ (Carbon Footprint) คือ ปริมาณ การปล่อยและดูดกลับก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse gas emission removals) ที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์หรือบริการตลอดวัฏจักรชีวิต หรือจากกิจกรรมการดำเนินงานขององค์กร วัดรวมอยู่ในรูปของตัน (กิโลกรัม) ของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า⁽²⁾ การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ แบ่งได้ 2 ประเภท ได้แก่ คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ และองค์กร⁽³⁾ คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์) Carbon Footprint Product : CFP (หมายถึง ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์แต่ละหน่วยตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์ ตั้งแต่การได้มาซึ่งวัตถุดิบ กระบวนการผลิต/การประกอบชิ้นงาน การกระจายสินค้า การใช้ งาน และการจัดการของเสียหลังหมดอายุการใช้งาน รวมถึงการขนส่งที่เกี่ยวข้อง โดยคำนวณออกมาในรูปของ กรัม กิโลกรัม หรือตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า การประเมินเป็นการหาปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์ ตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์ ตั้งแต่การได้มาซึ่งวัตถุดิบ การขนส่ง การประกอบชิ้นส่วน/การผลิต การใช้งาน และการจัดการซากผลิตภัณฑ์หลังการใช้งาน โดยการคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ออกมาในรูปของ คาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า⁽⁶⁾

งานผิวจราจรแบบเคพซีล (Cape Seal) การก่อสร้างผิวทางสองชั้น ประกอบด้วยผิวทางชั้นแรก เป็นผิวทางแบบเซอร์เฟซทรีตเมนต์ชั้นเดียวแล้วปูทับด้วยสเลอร์ซีลลงบนผิวทาง หรือผิวไหล่ทางดังกล่าว อีกหนึ่งหรือสองชั้น ผิวทางชนิดนี้ใช้ทำเป็นผิวไหล่ทางได้ด้วย

หน่วยบัญชาการทหารพัฒนา เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งของรัฐบาล มีหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ก่อสร้างปัจจัยพื้นฐานให้กับประชาชน ให้มีความอยู่ดีมีสุข โดยมีการก่อสร้างหลายประเภท เช่น ก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ก่อสร้างแหล่งน้ำ เป็นต้น สำหรับการก่อสร้างเส้นทางคมนาคม มีอยู่หลายประเภท ได้แก่ การก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ผิวจราจรคอนกรีตเสริมเหล็ก การก่อสร้างเส้นทาง

คมนาคมผิวจราจรแอสฟัลต์ และ การก่อสร้างเส้นทางคมนาคมผิวทางลูกรัง ซึ่งการก่อสร้างเส้นทางดังกล่าวทั้ง 3 ประเภทนี้ มีการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ทั้งสิ้น ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกการก่อสร้างเส้นทางคมนาคมผิวจราจรแบบเคพซีลมาพิจารณา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยนี้

บทความนี้ได้แบ่งเนื้อหาที่สำคัญออกเป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ ซึ่งกล่าวถึงหลักคิด และวิธีการวิธีการคำนวณ ผลการประเมิน สรุป อภิปรายผล รวมทั้งเปรียบเทียบผลประเมินงานวิจัยอื่นๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์มาตรฐานสากล ISO 14040 การประเมินวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์ (Life Cycle Assessment: LCA)⁽³⁾ โดยเป็นการรวบรวมและประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ตลอดวัฏจักรชีวิตผลิตภัณฑ์ เริ่มตั้งแต่การได้มาซึ่งวัตถุดิบ และ การผลิต โดยการผลิตมีขั้นตอน 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมชั้นวัสดุคัดเลือกและการวางท่อ, 2) การเตรียมชั้นวัสดุรองพื้นทาง(ลูกรัง) 3) การเตรียมชั้นวัสดุพื้นทาง(หินคลุก) 4) การลงยาง Prime Coat 5) การลงผิวทางชั้นแรก (Single Surface Treatment) 6) การลงผิวทางชั้นที่สอง (Slurry Seal) 7) การตีเส้นจราจร และ 8) การดำเนินการติดป้ายโครงการ

ขั้นตอนการศึกษา

มีขั้นตอนการประเมิน 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดเป้าหมายและขอบเขต 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 4) การแปลผลลัพธ์ รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมายและขอบเขต

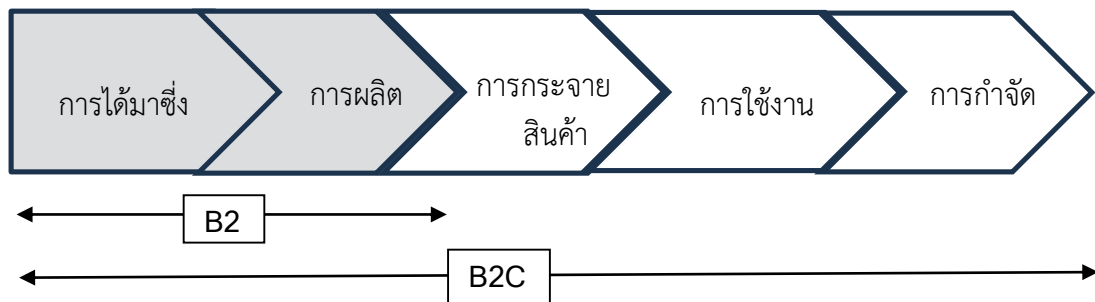
(1) เป้าหมาย : เพื่อศึกษาและประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่เกิดจากการก่อสร้างถนน และ

เสนอแนวทางการลดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของแต่ละขั้นตอน เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการก่อสร้างให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น

ขอบเขตด้านพื้นที่ : พื้นที่บ้านท่าโป่ง หมู่ 3 ตำบลจระเข้ม่อก อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัด

กาญจนบุรี ระยะทาง 1 กิโลเมตร กว้าง 5 เมตร ใหญ่ทางข้างละ 0.20 เมตร

(2) ขอบเขตการประเมิน : B2B ตั้งแต่การได้มาซึ่งวัตถุดิบ (เฉพาะการขนส่ง) และการผลิต (การขนส่งและการผลิต) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์

(3) ขอบเขตระยะเวลา : พ.ย.66- ก.พ.66

(4) หน่วยงานทำงาน : ใช้กำหนดขอบเขตการจัดเก็บข้อมูลสิ่งนำเข้าที่ออกจากกระบวน โดยประเมินต้องอยู่ในรูปแบบก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยงาน โดยทั่วไปหน่วยงานทำงานที่มักใช้ในการประเมินได้แก่ ปริมาตร น้ำหนัก เป็นต้น ในกรณีการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์การก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ผิวจราจรแบบ เคฟซีลนี้กำหนดให้เป็น 1 เมตร (ความยาวของถนน 1 เมตร กว้าง 5.40 เมตร หนา 0.8 เมตร)

2. การจัดทำบัญชีรายการสิ่งแวดล้อม

เป็นการวิเคราะห์และจัดทำบัญชีรายการด้านสิ่งแวดล้อม ที่ได้จากการเก็บข้อมูลและปริมาณของการใช้วัตถุดิบ, การขนส่ง และปริมาณการเผาไหม้เชื้อเพลิงของเครื่องจักรกล ตลอดจนวัฏจักรชีวิตของการก่อสร้างถนนเคฟซีล

(1) การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่ ข้อมูลปฐมภูมิ ข้อมูลการใช้ปริมาณ : เชื้อเพลิงของกระบวนการขนส่งวัสดุ ได้แก่ ปริมาณการใช้น้ำมันดีเซลของรถยนต์ที่ใช้ในกระบวนการขนส่งวัสดุ ซึ่งนำข้อมูลมาจากบริษัทรับเหมาก่อสร้างจำนวน 4 บริษัท และ ข้อมูลทุติยภูมิ: การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารโดยการศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีจากหนังสือ วารสารวิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลจาก

เครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้อง ต่างๆ และเก็บรวบรวมหลักฐานของกระบวนการก่อสร้างทาง คือ หลักฐานการจัดซื้อ, เอกสารการขนส่ง และเอกสารการเบิกจ่ายค่าน้ำมันเชื้อเพลิง

(2) การเทียบเคียงค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ในกรณีไม่มีข้อมูลค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกให้พิจารณาจากประเภท คุณสมบัติทางกายภาพ และคุณสมบัติทางเคมีของสารที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมาใช้แทน แต่หากไม่สามารถหาได้ให้ใช้ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงสุดของสิ่งนำเข้าหรือสิ่งส่งออกในกลุ่มเดียวกันแต่ละขั้นตอนของช่วงวัฏจักรชีวิตนั้นๆมาใช้แทน ⁽⁴⁾

(3) การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้วิธีสมดุลมวลสารและพลังงาน กล่าวคือ สิ่งนำเข้าเท่ากับสิ่งส่งออก

(4) แหล่งปล่อยก๊าซเรือนกระจก พิจารณาจากแหล่งกำเนิดก๊าซเรือนกระจกที่เป็นผลมาจากสิ่งนำเข้าและสิ่งส่งออกจากระบบ รวมถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้น โดยสิ่งนำเข้าได้แก่ การใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิงจากรถบรรทุกในการขนส่งวัสดุก่อสร้าง ในขั้นตอนการก่อสร้าง ในขั้นตอนการตีเส้นจราจร ในขั้นตอนการติดตั้งป้ายจราจร และการใช้วัตถุดิบในการผลิต

3. การคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์

ในการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของ



กระบวนการก่อสร้างทาง เป็นการประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจกตามแนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์องค์การบริหารก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน), 2563 โดยการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของผลิตภัณฑ์ ต้องนำข้อมูลปฐภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ มาแปลงให้อยู่ในรูปปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยคูณกับค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยค่าเรือนกระจกของ ประเภทวัตถุดิบ วัสดุ และการใช้พลังงานเชื้อเพลิงของ ดังสมการ⁽⁴⁾

$$CFP = \sum_{i=1}^n GHG_i$$

GHG_i = Activity data x Emission factor, โดย CFP คือ ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์มีหน่วยเป็น กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า GHG คือ ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมีหน่วยเป็น กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า Activity data คือ ข้อมูลกิจกรรม Emission factor คือ ค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก มีหน่วยเป็น กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยข้อมูลกิจกรรม n คือ จำนวนกิจกรรมทั้งหมดที่พิจารณา i คือ กิจกรรมที่ i

การคำนวณหาปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกของการขนส่ง

(1) กรณีทราบข้อมูลน้ำมันเชื้อเพลิง

CFP = ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง (ลิตร) x EF ตามประเภทน้ำมันเชื้อเพลิง

(2) กรณีไม่ทราบข้อมูลน้ำมันเชื้อเพลิง
(คำนวณทั้งขาไปและกลับ)

การขนส่งขาไป

CFP = น้ำหนักวัสดุก่อสร้าง (ตัน) x ระยะทาง(.กม) x ค่า EF ของการขนส่งขาไป

การขนส่งขากลับ

CFP = น้ำหนักวัสดุก่อสร้าง(ตัน)/น้ำหนักบรรทุกสูงสุดของยานพาหนะ x ระยะทาง (.กม)x ค่า EF ของการขนส่งขากลับ

การแปรผล เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ผลที่ได้จากการคำนวณโดยการสรุปผล และหาข้อเสนอแนะ ตามเป้าหมายและขอบเขตของการประเมินที่กำหนดไว้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ผลการประเมิน

1. การกำหนดเป้าหมาย

ตารางที่ 1 ขอบเขตการประเมิน

ขอบเขตการประเมิน	รายละเอียด
รูปแบบการประเมิน	Cradle-to-Gate (B2B) แสดงดังภาพที่ 1
ระบบที่ศึกษา	แสดงดังตารางที่ 2
หน่วยการทำงาน	ดังแสดงในหัวข้อ 2.2.1 (4)
แหล่งกำเนิดก๊าซเรือนกระจก	ดังแสดงในหัวข้อ 2.2.2 (4)

ตารางที่ 2 รายละเอียดขั้นตอนการก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ผิวจราจรแบบเคฟซีล

ขั้นตอน	กิจกรรม
1) การเตรียมชั้นวัสดุคัดเลือกและวางท่อ	ปรับปรุงผิวทางเดิมให้เรียบ(ปรับปรุง/ซ่อม) และใช้วัสดุคัดเลือก
2) การเตรียมชั้นวัสดุรองพื้นทาง	การเตรียมชั้นวัสดุรองพื้นทางด้วยลูกรัง ใช้ 0.48 ตัน / ตรม. โดยการราดน้ำและบดอัด ให้มีความหนา 0.2 ม.
3) การเตรียมชั้นวัสดุพื้นทาง	เตรียมชั้นวัสดุพื้นทางโดยใช้หินคลุก 0.48 ตัน /1 ตรม. โดยการราดน้ำและบดอัด ให้มีความหนา 0.2 ม.
4) การลงยาง Prime Coat	กวาดถนน ปิดฝุ่น อาจทำความสะอาดด้วยน้ำ บดอัดจากนั้นลาดยางโดยใช้ยาง CSS-1 จำนวน 0.8 ล. /ตรม.ผสมแล้วตามส่วนผสมแล้วเทราด จากนั้นโรยด้วยทรายที่ และทิ้งไว้ไม่ต่ำกว่า 48 ชม.

ตารางที่ 2 รายละเอียดขั้นตอนการก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ผิวจราจรแบบเคฟซีล

ขั้นตอน	กิจกรรม
5) การลงผิวทางชั้นแรก(Single Surface Treatment)	กวาดถนน ปิดฝุ่น อาจทำความสะอาดด้วยน้ำ บดอัดจากนั้นลาดยางโดยใช้ยาง CRS-2 จำนวน 1 ล. /ตรม. ที่ ผสมแล้วตามส่วนผสมแล้วเทราด จากนั้นโรยด้วยหินย้อย ขนาด 1/2 นิ้ว (12-16 กก./ตรม.) บดอัด และ ทิ้งไว้ไม่ต่ำกว่า 48 ชม.
6)การลงผิวทางชั้น.2 (Slurry Seal)	กวาดถนน ปิดฝุ่น อาจทำความสะอาดด้วยน้ำ และบดอัดอีกรอบ จากนั้น ลาดยางด้วยยาง CSS-1H)อัตราส่วน 1.4 ล/ตรม.(และโรยหินฝุ่น อัตราส่วน 18-25 กก./ตรม .และบดอัด ทิ้งไว้ ไม่ต่ำกว่า 48 ชม.
7) การตีเส้นจราจร	ตีเส้นจราจรตามมาตรฐาน มอก.ขทและ ม .
8) การติดตั้งป้ายโครงการ	เทพื้นทำฐานป้าย และติดตั้งป้ายโครงการ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล จากข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิรายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 3

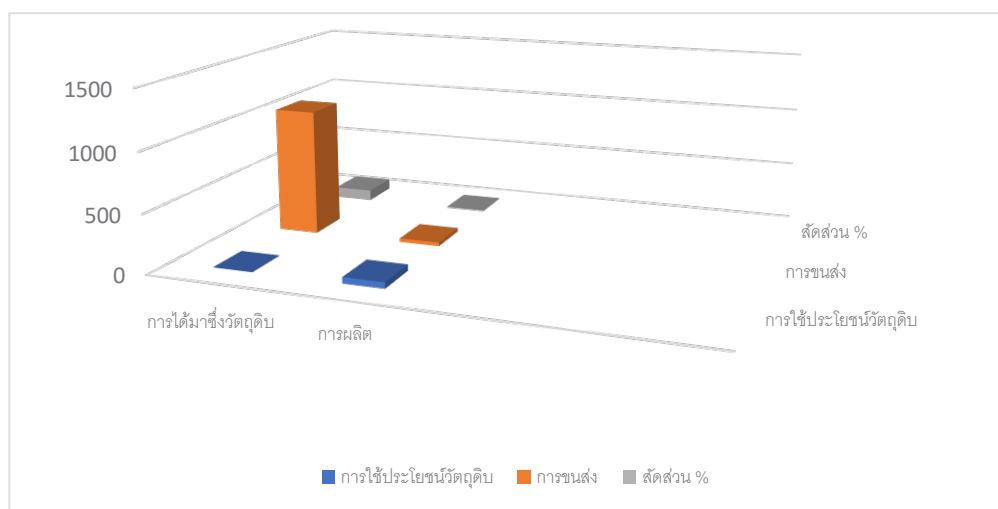
3. การคำนวณ การนำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมมาเข้าสู่ตรรกการคำนวณ ดังแสดงในข้อ 2.2.3 และมีผลการคำนวณดังแสดงตาม ตารางที่ 4 ตารางที่ 2 ตารางที่ 5 ภาพที่ 3 ตารางที่ 6 และภาพที่ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แหล่งที่มาการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูล	แหล่งที่มา	
	ข้อมูลทุติยภูมิ	ข้อมูลปฐมภูมิ
ข้อมูลกิจกรรม		
ข้อมูลปริมาณ		
- วัสดุก่อสร้าง	ระบบบันทึกข้อมูลของบริษัท	-
- เครื่องมือก่อสร้าง	ระบบบันทึกข้อมูลของหน่วย	-
- เชื้อเพลิง		-
ข้อมูลการขนส่ง		
- น้ำหนักบรรทุกทุก	ระบบบันทึกข้อมูลของหน่วย	-
- ระยะทาง	ระบบบันทึกข้อมูลของหน่วย	https://google.co.th.maps/
- ประเภทยานพาหนะ		
- น้ำหนักบรรทุกสูงสุดของยานพาหนะ	ระบบบันทึกข้อมูลของหน่วย	องค์การบริหารก๊าซเรือนกระจก

ตารางที่ 4 ผลการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ผิวจราจรแบบเคฟซีล

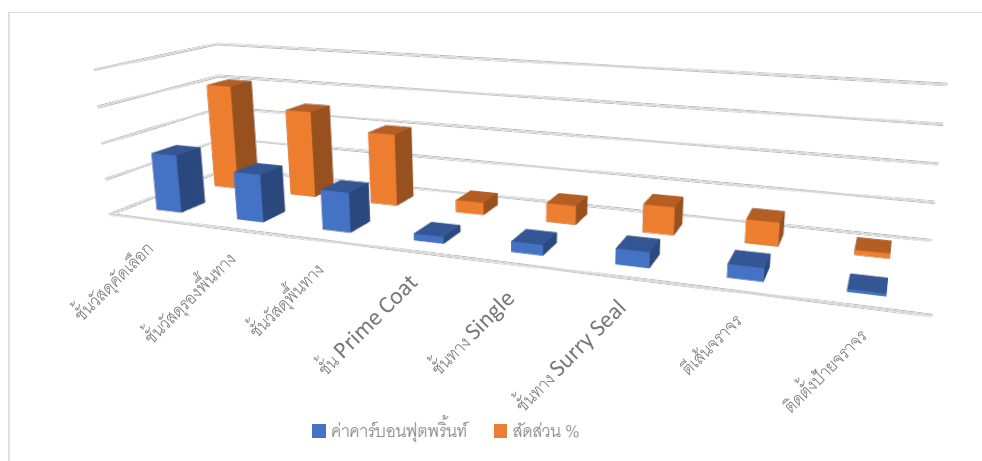
ช่วงวัฏจักรชีวิต	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ (kgCO ₂ e/m)		ผลรวม	สัดส่วน %
	การใช้วัตถุดิบ	การขนส่ง		
การได้มาซึ่งวัตถุดิบ		1,077.31	1,077.31	92.85
การผลิต	52.57	30.34	82.91	7.15
รวมปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์	52.57	1,107.65	1,160.22	100.00



ภาพที่ 2 ปริมาณสัดส่วนปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการก่อสร้าง

ตารางที่ 5 ผลการคำนวณปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการใช้วัสดุในการก่อสร้าง

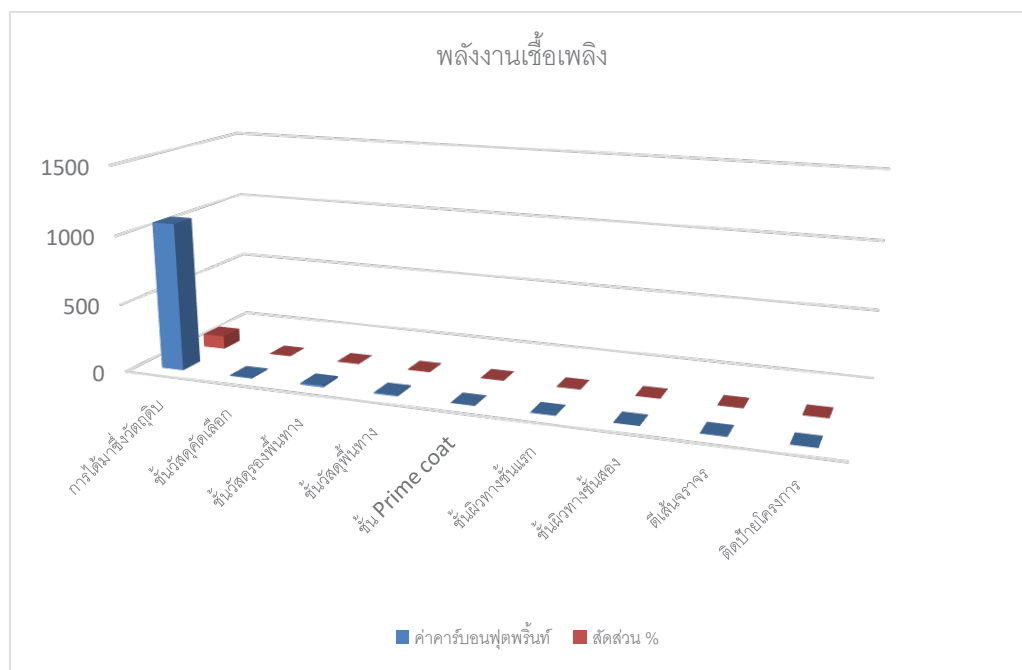
ลำดับ	กิจกรรมที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจก	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ (kgCO ₂ e/m)	สัดส่วน %
1.	การเตรียมชั้นวัสดุคัดเลือก, วางท่อ	16.17	30.76
2.	การเตรียมชั้นวัสดุรองพื้นทาง (ลูกรัง)	13.17	25.04
3.	การเตรียมชั้นวัสดุพื้นทาง (หินคลุก)	10.76	20.47
4.	การลงยาง Prime Coat	1.80	3.43
5.	การลงผิวทางชั้นแรก	2.73	5.20
6.	การลงผิวทางชั้นสอง	3.96	7.53
7.	การตีเส้นจราจร	3.30	6.26
8.	การติดตั้งป้ายโครงการ	0.68	1.30
	รวมปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์	52.57	100.00



ภาพที่ 3 ปริมาณสัดส่วนปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่เกิดจากการใช้วัสดุก่อสร้าง

ตารางที่ 6 ผลการคำนวณปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการใช้พลังงานเชื้อเพลิงของยานพาหนะ และเครื่องจักรกล

ลำดับ	กิจกรรมที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจก	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ (kgCO ₂ e/m)	สัดส่วน %
	การได้มาซึ่งวัตถุดิบ	1,077.31	97.26
	การผลิต		
1.	การเตรียมชิ้นวัสดุคัดเลือก, วางท่อ	6.42	0.58
2.	การเตรียมชิ้นวัสดุรองพื้นทาง (ลูกรัง)	12.57	1.13
3.	การเตรียมชิ้นวัสดุพื้นทาง (หินคลุก)	8.56	0.77
4.	การลงยาง Prime Coat	0.75	0.07
5.	การลงผิวทางชั้นแรก	0.94	0.08
6.	การลงผิวทางชั้นสอง	1.02	0.09
7.	การตีเส้นจราจร	0.05	0.005
8.	การติดตั้งป้ายโครงการ	0.03	0.003
	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์เผาไหม้ในการผลิต	30.34	
	รวมปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์การเผาไหม้เชื้อเพลิง	1,107.65	100.00



ภาพที่ 4 ปริมาณสัดส่วนปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่เกิดจากการใช้พลังงานเชื้อเพลิง

สรุปผล วิจัยรณ

1. ผลการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ผิวจราจรแบบเคพซีล ผลการประเมินการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ แบ่งเป็น 2 ช่วงวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ช่วงการได้มาซึ่งวัสดุ มีการปลดปล่อยปริมาณ

คาร์บอนฟุตพริ้นท์ เท่ากับ 1,077.31 kgCO₂e/m หรือ 1.08 tonCO₂e/m และ ช่วงของการผลิตมีการปลดปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เท่ากับ 82.9 kgCO₂e/m หรือ 0.083 tonCO₂e/m พบว่าช่วงการได้มาซึ่งวัตถุดิบมีการปลดปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์มากกว่าช่วงของการผลิต เนื่องจากปริมาณ

วัตถุดิบที่ใช้ในการก่อสร้างจำนวนมาก ได้แก่ หินคลุก ลูกกรัง และวัสดุคัดเลือก ตามลำดับ และช่วงของการผลิตมีกิจกรรมหรือขั้นตอนของการผลิตที่ปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์มากที่สุด(รวมการใช้วัตถุดิบและการเผาไหม้ของน้ำมันเชื้อเพลิง) ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมชั้นวัสดุรองพื้นทางหรือการลงลูกกรัง มีค่า เท่ากับ 25.7 kgCo₂e/m หรือ 0.026 tonCo₂e/m, ขั้นตอนการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์มากที่สุด เป็นอันดับที่ 2 ได้แก่ ขั้นตอนการ

เตรียมชั้นวัสดุคัดเลือก มีค่าเท่ากับ 22.6 kgCo₂e/m หรือ 0.02 tonCo₂e/m และขั้นตอนการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์มากที่สุดเป็นอันดับที่ 3 ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมชั้นวัสดุพื้นทาง หรือหินคลุก มีค่าเท่ากับ 19.3 kgCo₂e/m² หรือ 0.02 tonCo₂e/m เนื่องจากปริมาณของวัตถุดิบที่มากน้อย ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบผลการวิจัยในประเทศ และต่างประเทศ ดังแสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบกับผลงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ

งานวิจัย	ประเทศ	งานก่อสร้าง	ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์
งานวิจัยนี้	ไทย	ก่อสร้างทางคมนาคม ผิวจราจรแบบ Cape Seal	1.16 tCo ₂ e/m
งานวิจัยที่เปรียบเทียบ	ไทย	สถานีรถไฟใต้ดิน อุโมงค์ทางวิ่ง	1.69 tCo ₂ e/m ² 34.53261 tCo ₂ e/m
	เกาหลี	ศึกษาคาร์บอนฟุตพริ้นท์เกิดจากวัสดุที่ก่อสร้างถนน	7. 5 tCo ₂ e/m

เมื่อเปรียบเทียบการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในงานวิจัยนี้ กับโครงการก่อสร้างของไทยและต่างประเทศ พบว่างานวิจัยนี้มีการปล่อยค่าปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ได้น้อยกว่า แต่ถ้าเปรียบเทียบต่อหน่วยการทำงานแล้วจะมีค่าที่ใกล้เคียงกัน อาจมีสาเหตุมาจากการคำนวณหรือการกำหนดขอบเขตในการคำนวณ สภาพภูมิอากาศในแต่ละสถานที่ เช่น อุณหภูมิ, ความชื้น คุณสมบัติของวัตถุดิบแต่ละประเภทที่แตกต่างกัน ปริมาณวัตถุดิบระยะทางการขนส่ง ประเภทยานพาหนะที่ใช้ และระยะเวลาในการศึกษาวิจัย เป็นต้น ล้วนมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลการคำนวณการวิจัยทั้งสิ้น

2. สรุป

จากผลการศึกษาพบว่า การปลดปล่อยการปลดปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์โครงการก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ผิวทางจราจรแบบแคปซีลนี้มีแหล่งปล่อยก๊าซเรือนกระจกมาจากการเผาไหม้ของน้ำมันเชื้อเพลิงมากกว่าวัตถุดิบ และ จำนวนของวัตถุดิบนั้นมีผลโดยตรงต่อจำนวนเกี่ยวกับการขนส่งซึ่งจะทำให้มีระยะทางในการขนส่งวัตถุดิบ มากน้อยต่างกันตามจำนวนวัตถุดิบ ที่ใช้จากหน้าแหล่ง

จำหน่ายมายังแหล่งหน้างาน จากการขนส่งในกิจกรรม การผลิต จากหน้าแหล่งที่פקหงานมายังแหล่งหน้างาน

การเผาไหม้ของน้ำมันเชื้อเพลิงของเครื่องจักรนั้นมีปริมาณที่ยังไม่เสถียรมากนัก เนื่องจากเครื่องจักรกลที่ใช้ในการดำเนินการในกระบวนการผลิตนี้มีอายุการใช้งานที่นานมาก และมีสภาพเก่า แม้จะมีการปรนนิบัติบำรุงเป็นประจำ แต่อัตราการสิ้นเปลืองน้ำมันยังไม่เท่ากัน แม้จะเป็นยานพาหนะประเภทเดียวกัน เป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ยาก นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของคุณสิริกานต์ นิธิศักดิ์ยานนท์ และคุณจิตรา รู้กิจการพานิช (2560) ศึกษาเรื่องการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของงานโครงการสร้างสถานีรถไฟฟ้าใต้ดินและอุโมงค์ทางวิ่ง โดยใช้หลักการประเมินวัฏจักรชีวิต (Life Cycle Assessment : LCA) เพื่อทำการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่เกิดจากการก่อสร้างสถานีนการพบว่า กระบวรไฟฟ้าใต้ดินและอุโมงค์ทางวิ่งได้มาซึ่งวัสดุมีการปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์มากที่สุด และ กระบวนการผลิตมีปล่อยปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์รองลงมาเป็นอันดับสอง สาเหตุมา

จากปริมาณของวัตถุดิบที่นำมาใช้ในการก่อสร้าง เช่น เหล็กเส้นเสริมคอนกรีต เป็นต้น และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Youngguk Seo and Seong-Min Kim (2023) เป็นการศึกษาเรื่องเป็นการศึกษาครั้งแรกประเทศเกาหลีโดยศึกษาเพื่อหาปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกหรือก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าที่ปล่อยออกมาจากการบริโภควัสดุ และวัสดุพื้นฐานสำหรับการก่อสร้างถนน สะพาน และอุโมงค์ โดยพิจารณาเลือกส่วนทางพิเศษ 12 ส่วน ที่สร้างขึ้นระหว่างปี 2549-2550 พร้อมระบุวัสดุที่ใช้การปล่อยมลพิษต่อหน่วยถูกนำมาใช้ประเมินการปล่อยมลพิษทั้งหมดที่อาจถูกปล่อยออกมาจากถนนทุกประเภท (ทางด่วนทางหลวงแผ่นดิน และถนนท้องถิ่น) จนถึงปี 2550 นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบของจำนวนช่องจราจรและประเภทสะพานมีผลต่อการปล่อยก๊าซเรือนกระจก พบว่าสะพานมีการปล่อยมลพิษสูงสุดต่อเมตร เท่ากับ $120.1 \text{ tCO}_2/\text{m}$ อุโมงค์เท่ากับ $29.6 \text{ tCO}_2/\text{m}$ และส่วนที่เป็นถนน เท่ากับ $7.5 \text{ tCO}_2/\text{m}$ เนื่องจากการใช้วัสดุก่อสร้างเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะ

1) ค่าสัมประสิทธิ์ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของวัสดุการก่อสร้าง และยานพาหนะ, เครื่องจักรกลหนัก ที่ใช้ประกอบการคำนวณ ยังไม่มีค่ากลาง มาตรฐานที่ใช้ในงานก่อสร้าง ดังนั้นจึงเห็นควรมีการพัฒนาค่าสัมประสิทธิ์ของวัสดุในการก่อสร้าง และยานพาหนะ, เครื่องจักรกลหนักเพิ่มเติม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของวัสดุก่อสร้าง และยานพาหนะ, เครื่องจักรกลหนัก มีคุณสมบัติที่แตกต่างกัน จึงใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของก๊าซเรือนกระจกของวัสดุก่อสร้างประเภทอื่น และยานพาหนะ เครื่องจักรกลหนักที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมาใช้ในการคำนวณ

2) ขอเสนอวิธีกิจกรรมช่วยลดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เช่น การปลูกต้นไม้ เพื่อช่วยดูดซับปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าให้สูงขึ้น บรรยากาศให้น้อยลงโดยปริมาณต้นไม้ 1 ต้นสามารถดูดซับคาร์บอนไดออกไซด์ได้เฉลี่ย 9-15 กิโลกรัม CO_2 ต่อปี) ที่มา <http://smartgreeny.com> (ยิ่งหาก

ปลูกต้นไม้ให้เติบโตได้อย่างยั่งยืนมากเท่าใด จะช่วยบรรเทาความวิกฤตจากโลกร้อนได้มากเช่นกัน อีกทั้งเป็นการช่วยการส่งเสริมการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และสร้างรายได้ให้กับครัวเรือน เช่นการปลูกไม้ยืนต้น ไม้เศรษฐกิจ ต่างๆ

3) เครื่องจักรกลหนักของหน่วยพัฒนาการเคลื่อนที่๓ ของหน่วยบัญชาการทหารพัฒนา นั้นมีอายุการใช้งานที่มากเกินกว่า 10 ปี ถึงแม้ว่า มีการปรนนิบัติบำรุงและซ่อมบำรุงเป็นประจำตามวงจรรอบ แต่ด้วยอายุของเครื่องจักรกลหนักมีการใช้งานที่ยาวนาน จึงเห็นควรมีการตรวจเช็ค และซ่อมบำรุงยานพาหนะเครื่องจักรกล ให้ละเอียดรอบคอบ เพื่อลดปริมาณการเผาผลาญเชื้อเพลิง ที่เกินความจำเป็นลงได้

4) การจัดซื้อจัดจ้างยานพาหนะกับบริษัทที่ผลิตหรือเป็นตัวแทนจัดจำหน่าย ควรกำหนดในรายละเอียดและขอบเขตงาน) Term of Reference: TOR) ควรปรับเปลี่ยนเป็นรถไฟฟ้า) EV (หรือรถพลังงานทดแทน ซึ่งคาดว่าจะมีบทบาทที่สำคัญในอนาคตข้างหน้า

5) พิจารณาการลดระยะทางการขนส่งวัตถุดิบ ระหว่างหน้าแหล่งงาน, แหล่งผลิต หรือแหล่งจำหน่าย ไปยังแหล่งงานก่อสร้างหรือที่พักกองวัสดุ และระยะทางระหว่างที่พักของคณงาน หรือจุดรวมเครื่องจักรกลไปยังแหล่งงานก่อสร้าง ควรให้มีระยะที่ใกล้ที่สุดกับบริเวณแหล่งงาน เพื่อลดอัตราการสิ้นเปลืองน้ำมันที่ส่งผลให้การเผาไหม้ของเครื่องจักรกล ที่ก่อให้เกิดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ลดลง

6) ในงานวิจัยนี้มีการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของการก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ผิดจรรยาบรรณ เคพีซีนี้ยังไม่มีกรวิจัยอย่างแพร่หลาย จึงเห็นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อยอดจากการวิจัยนี้ เพื่อนำมาพัฒนาการก่อสร้างเส้นทางคมนาคม ผิดจรรยาบรรณ ในแบบต่างๆ เพื่อความสมบูรณ์ ถูกต้อง ในอนาคตต่อไป

7) ควรมีร่วมมือ วางแผน ศึกษาและอบรมเชิงปฏิบัติการของทุกภาคส่วนขององค์กร เพื่อตระหนัก



และเล็งเห็นถึงวิกฤตการณ์โลกร้อน นี้ เพื่อหาแนวทางการลดการเกิดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์หรือคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ให้เป็นไปตามนโยบายรัฐบาล เพื่อพัฒนาประเทศไปสู่ระดับสากล ในอนาคตข้างหน้าอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณบริษัทห้างร้านต่างๆ

ที่ได้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ เพื่อประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก ได้อย่างถูกต้อง ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจและคอยสนับสนุนทุกด้านอย่างดีเสมอมา และท้ายนี้ ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการก่อสร้างถนนแบบ เคฟซีลและแบบต่าง ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม (กพ.2563).คู่มือกิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษา. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
2. คาร์บอนฟุตพริ้นท์. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. เข้าถึงจาก <https://www.bsigroup.com>
3. องค์การบริหารก๊าซเรือนกระจก (2563).แนวทางการประเมินก๊าซเรือนกระจกของผลิตภัณฑ์ (พิมพ์ครั้งที่ 7)
4. สิริกานต์ นิธิศักดิ์ยานนท์ และ จิตรา รุ่งกิจการพานิช (2560) ศึกษาเรื่องการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของงานโครงการสร้างสถานี รถไฟฟ้าใต้ดินและอุโมงค์ทางวิ่ง Carbon Footprint Assessment of the Construction Project of the Subway Station and Tunnel วารสารวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี(, Emngng.J.CMU)2017(24)2(, 114-127
5. Youngguk Seo and Seong-Min Kim)2023(Estimation of materials-induced CO2 emission from road construction in Korea.Reneaable and Sustainable Energy Reviews.,volumm 26, October 2013, Pages 625-631 ค้นหาจาก <https://doi.org/10.1016/j.rser.2023.06.003>
- 6 องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก)องค์กรมหาชน (2561(แนวทางการประเมินคาร์บอนฟุต พริ้นท์ของผลิตภัณฑ์

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา

Nursing care patient with Congestive heart failure in Kalasin Hospital : 2 case studies

(Received: September 17,2023 ; Revised: September 22,2023 ; Accepted: September 23,2023)

สายทอง มุลศรีแก้ว¹

Saithong Munsrikeao¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน การประเมินอาการ ชักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ เพื่อให้ทราบปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม และทฤษฎีเสริมพลังอำนาจของกิปสัน

ผลการศึกษกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีประเด็นปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกัน พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล ชักประวัติ ประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลและนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลกำหนดไว้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนนำทักษะประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นและสามารถกลับบ้านได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วย, ภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

The is comparative study of two case studies the nursing care patients with congestive heart failure who are admitted to the male medicine department in Kalasin Hospital. Two case studies in the critical care phase, continuous care phase and the discharge phase. The data was collected by patient, patient relative, medical record, patient's history, physical examination and inspection with special equipment to identify problems and needs of patient. Bring the information come to make plans for nursing, nursing diagnosis using 11 pattern of Gordon theory, self-care of Orem theory and empowerment of Gibson theory.

Results found that of 2 study, The problem is the same and different after the study was to analyze nursing diagnosis and nursing process defined as covering on the physical, mental, emotional and social. As well as the skill, experience and expertise in the care of patients for congestive heart failure used. There is evaluation of nursing until health better and discharge.

Keywords : Nursing care, Congestive heart failure

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure : CHF) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เป็นการดำเนินโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่มีอัตราการตายสูงทั้งในประเทศไทยที่พัฒนาและกำลังพัฒนาโดยมีจำนวนผู้ป่วย

เพิ่มมากขึ้นทุกปีและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ จากสถิติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563- 2565 พบว่า มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 224,562 240,326 และ 254,281 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นสถิติของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเป็นอันดับ 2 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด นอกจากนี้ยัง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

พบว่าโรคหัวใจล้มเหลวยังเป็นสาเหตุการตายของประชากร เป็นอันดับ 2 โดยมีสถิติการตายจากโรคหัวใจล้มเหลวในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 27,346 28,956 และ 25,002 ราย ตามลำดับ²

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่างๆ ภายในจังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรและมีหน่วยตรวจรักษาพิเศษโรคหัวใจที่ให้บริการตรวจและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) เพื่อตรวจดูการทำงานของหัวใจ (Ejection fraction : EF) จากสถิติปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมารับบริการตรวจ 405, 519 และ 753 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น³

ภาวะของหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีความผิดปกติในหน้าที่ของหัวใจที่ร้ายแรง เรื้อรังและก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆ และเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 21-27 และร้อยละ 20 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ดังนั้นภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีอัตราการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และสูงมากกว่ามะเร็งถึง 2 เท่า เป้าหมายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคือการกลับมานอนโรงพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค กลไกการเกิดโรค ลักษณะอาการที่ปรากฏ กระบวนการ และการบำบัดภาวะหัวใจล้มเหลว และต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างดี จึงจะทำให้การบำบัดบรรลุปเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษา

ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต สามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้⁴⁻⁹

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว, ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแล้วมากำหนดเป็นแผนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีปัญหาค่อนข้างเหมือนและแตกต่างกันไป เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย จากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) เลือกกรณีศึกษาโดยได้กำหนดเกณฑ์คือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึง 30 เมษายน 2566 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตและการปฏิบัติการพยาบาลได้กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย 2) ดำเนินการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ดำเนินการวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ และทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของกิปสัน

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2) แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย 3) แบบบันทึก
วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษา ประกอบด้วย
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพอาการและ
อาการแสดง การรักษา ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการ

พยาบาล⁸ การปฏิบัติการพยาบาล การวางแผน
จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

1. รายงานผู้ป่วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกายตามระบบของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

การประเมินผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
สภาพทั่วไปแรกพบ	ชายไทยวัย 56 ปี หน้าตาดำ คอแข็ง คลำ รูปร่าง สันตติอณุมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้ง/นาที หายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/89 มิลลิเมตรปรอท	ชายไทยวัย 74 ปี ผิวกายสีน้ำตาล คอแข็ง คลำ รูปร่าง ท้วม อณุมิ 36.6 องศาเซลเซียสชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 153/91 มิลลิเมตร ปรอท
วันรับการรักษา	8 - 16 มีนาคม 2566	17 - 20 เมษายน 2566
อาการสำคัญ	เหนื่อย หายใจหอบ ไอมีเสมหะ นอนราบไม่ได้ก่อนมา โรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ เป็นมา 5 ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	7 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหอบเหนื่อย หายใจ ไม่สะดวก นอนราบไม่ได้ ขาบวม ปัสสาวะออกน้อย มีไข้	1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจเหนื่อย กลางคืน นอนราบได้ ไม่มีไข้ ไม่มีเสมหะ
ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต	COPD	Old TB รับประทานยา, Asthma
ประวัติแพ้ยาและ สารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติดยาบ้าและกัญชา	ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเสพติด เลิกสูบบุหรี่มา 10 ปี
การตรวจร่างกาย แรกพบ	S : ญาติให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจ หอบ ไอมีเสมหะ นอนราบไม่ได้ O : หายใจหอบ อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที, O ₂ saturation 84 % On Endotracheal tube No. 7.5 ซีด 20 cm. Retain NG tube : clear Retain urine catheter : urine ดิบใส HEENT : pink conjunctiva, anicteric sclera Heart : Regular rhythm, Normal S ₁ , S ₂ , no murmur Lung : Coarse crepitation both lung Abdomen : Soft, no distension Genitourinary : No CVA tenderness Extremities : pitting edema 2+ both leg Neuro-signs : E ₁ V ₁ M ₅ pupil 2 mm.RTLBE	S : เหนื่อย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ O : หายใจหอบ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที, O ₂ saturation 89 % On O ₂ mask with bag 10 LPM Retain urine catheter : urine เหลืองใส HEENT : no pale conjunctiva, anicteric sclera Heart : Pansystolic murmur at apex Lung : Crepitation both lower lung, no wheezing Abdomen : Soft, no tender, no guarding, no rebound Genitourinary : Normal Extremities : pitting edema 1+ Lt. Leg Neuro-signs : E ₄ V ₅ M ₆ pupil 3 mm.RTLBE
CXR	- Cardiomegaly - Cephalization positive - Fluid in minor tissue positive	- Cardiomegaly - Infiltration both lung

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกายตามระบบของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

การประเมินผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
EKG	No significant ST change	No significant ST change
Troponin T	47.2 ng/L	14.2 ng/L
Echo	LVEF 27 % by biplane, global hypokinesia. LV dilatation. Mild MR, mild TR Minimal pericardial effusion	LVEF 20 % by biplane, global hypokinesia. LV dilatation Moderate MR, moderate TR Minimal pericardial effusion
การวินิจฉัย แรกเริ่ม	1. CHF with respiratory failure 2. COPD	1. Acute asthmatic attack 2. Old TB, Asthma
การวินิจฉัยสุดท้าย	1. CHF 2. COPD	
การรักษา	- On Volume ventilator mode PSIMV PSV 6 RR 12 IP 16 PEEP 5 FiO₂ 0.4 - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO₄, LFT, PT, PTT, INR, H/C, UA, UC, Sputum G/S, C/S, AFB - Ceftriaxone 2 gm. iv OD - Omeprazole 40 mg. iv OD - Hct 42 vol% - Serial troponin T 0 hr, 3 hr. - Lasix 40 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง - Beradual 1 NB พ่นทุก 6 ชั่วโมง - DTX เข้า-เย็น keep 80-200 mg% - Aldactone (25) 2 tab OD. pc. - เข้ารักษาที่ ICU วันที่ 10 มีนาคม 2566 - เริ่มฝึก wean T-piece O₂ 10 LPM วันที่ 4 ของการรักษา - ASA (81) 1 tab OD. pc. - Atorvastatin (40) 1 tab hs. - Thiamine 100 mg iv OD - Dobutamine (2:1) iv 5 ml/hr - สามารถ off ET-tube และย้ายออกจาก ICU ได้ในวันที่ 6 ของการรักษา - กลับบ้านได้ในวันที่ 9 ของการรักษา - Advice CAG (ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ) - F/U OPD cardio clinic	- On O₂ mask with bag 10 LPM keep O₂ sat ≥ 94% - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR - DTX ทุก 6 ชั่วโมง - Dexa 8 mg. iv stat, 4 mg ทุก 6 ชั่วโมง - Beradual 1 NB พ่นทุก 15 นาที 3 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง - Lasix 40 mg. iv stat - Ceftriaxone 2 gm. iv OD - Azithromycin 500 mg. iv OD - Furosemide (40 mg) 1 tab OD. pc. - Aldactone (25mg) 1 tab OD. pc. - Air-X 1 tab tid.pc. - off O₂ mask with bag และ on O₂ cannular 3 LPM keep O₂ sat ≥ 94% ในวันที่ 2 ของการรักษา - ในวันที่ 3 ของการรักษา off O₂ cannular, off Azithromycin iv - Azithromycin (500mg) 1 tab OD. pc. X 2 วัน - Advice CAG (ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ) - กลับบ้านได้ในวันที่ 5 ของการรักษา - F/U OPD cardio clinic
อาการก่อน จำหน่าย	รู้สึกตัวดี หายใจได้เองตามปกติ ไม่หอบเหนื่อย นอนราบได้ ไม่บวมไม่มีอาการไอ ไม่มีไข้ ยังมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการทำ CAG	รู้สึกตัวดี หายใจได้เองตามปกติ ไม่หอบเหนื่อย นอนราบได้ ไม่บวม ไม่มีไข้ ยังมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการทำ CAG
ยากลับบ้าน	- Vitamin B complex 1 tab tid.pc. - Lasix (40) ½ tab OD. pc. - Aldactone (25) 1 tab OD. pc.	- Lasix (40) 1 tab OD. pc. - Aldactone (25mg) 1 tab OD. pc. - Azithromycin (500mg) 1 tab OD. pc.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกายตามระบบของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

การประเมินผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- Senakot 2 tab hs. - Enalapril (5) ½ tab OD. pc. - ASA (81) 1 tab OD. pc. - Atorvastatin (40) 1 tab hs.	- Air-X 1 tab tid.pc.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ซึ่งสามารถนำมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อนำไปปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	
1.มีภาวะหายใจล้มเหลว		1.ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ และติดตามค่าปริมาตรปอด (Tidal volume) 2.วัดสัญญาณชีพ บันทึกการหายใจ ลักษณะ จังหวะ ทุก 15-30 นาที 3.ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ติดตามค่าก๊าซในเลือดแดง 4.ติดตามผล CXR เพื่อประเมินความก้าวหน้าของปอด 5.ดูแล ET-tube โดย 5.1 ยึดท่อช่วยหายใจและสายต่อเครื่องช่วยหายใจให้อยู่กับที่ ประเมิน cuff pressure ทุกวัน 5.2 การดูแลเสมหะควรทำด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล ใช้หลัก sterile technique ที่ระดับ pressure 80-120 mmHg 5.3 ดูแลไม่ให้สายหักพับงอหรือเลื่อนหลุด ดูแลการเปลี่ยนพลาสติกที่ติด ET-tube ทุกวัน 5.4 ดูแลทำความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วย เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากช่องปากลงสู่ระบบทางเดินหายใจ 6.ดูแลการได้รับยาพ่นตามการรักษา 7.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจและส่งเสริมให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
	2.เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อภาวะพร่องออกซิเจน	1.ดูแลให้ผู้ป่วย On O₂ mask with bag 10 LPM keep O₂ sat ≥ 94% 2.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน โดยประเมินจากเล็บมือเล็บเท้า เยื่อบุในปาก ร่วมกับค่า O₂ saturation 3.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อส่งเสริมให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 4.ติดตาม CXR เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษา
3.ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง	3.ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง	1.จัดให้พักผ่อนบนเตียง งดกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ ลดความต้องการใช้ออกซิเจน



ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
และมีน้ำคั่งที่เยื่อหุ้มหัวใจ	และมีน้ำคั่งที่เยื่อหุ้มหัวใจ	2.ประเมินและติดตามผลการได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยติดตามจากค่า O ₂ saturation keep O ₂ sat ≥ 94% 3.บันทึกจำนวนน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะที่ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง บันทึกอาการบวมโดยการกดบริเวณหน้าแข้งทุกวัน 4.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ
4.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อที่ปอดจากการใส่ท่อหายใจ		1.ประเมินอาการที่บ่งบอกว่าติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิของร่างกาย WBC 2.ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก aseptic technique ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล 3.สังเกตอาการผิดปกติบริเวณที่ใส่ iv, NG-tube, Foley's cath 4.ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5.ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง 6.ติดตามและฟังปอดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจและดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะ
5.การสื่อสารทางคำพูดบกพร่องเนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอ		1. ประเมินระดับความรู้สึกรับรู้ตัวชนิดความผิดปกติในการสื่อสาร 2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการสื่อสารมาใช้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น การใช้สีหน้าท่าทาง การอ่านริมฝีปาก การพยักหน้าหรือส่ายหน้าเมื่อเจ้าหน้าที่ถามโดยการพูดซ้ำๆ ซักๆ 3. ขณะสื่อสารอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นชัดเจน สบตาขณะพูดและพูดโดยตรงกับผู้ป่วย 4. อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 5. ให้โอกาสผู้ป่วยแสดงความรู้สึกคับข้องใจต่อการสื่อสารหรือสังเกตความคับข้องใจของผู้ป่วย 6. ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อสามารถสื่อสารได้ 7. แนะนำญาติใช้แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสื่อสารกับผู้ป่วย 8. ประเมินภายหลังใช้แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสื่อสาร
6.มีภาวะไม่สุขสบายจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์	6.มีภาวะไม่สุขสบายจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์	1. ประเมินบันทึกระดับความเจ็บปวดด้วย BPS score 2. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. หรือหลังมีกิจกรรมการพยาบาล 3. อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ 4. แจ้งและอธิบายทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล โดยให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว 5. ดูดเสมหะเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นเท่านั้นแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนดูดเสมหะทุกครั้งดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล ใช้เวลาแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาทีแต่ละรอบไม่ควรเกิน 10-15 นาที 6. ใช้สายดูดที่มีความเหมาะสม คือเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณครึ่งหนึ่งหรือไม่เกินสองในสามของเส้นผ่าศูนย์กลางภายในท่อช่วยหายใจ 7. หลังดูดเสมหะดูแลจัดท่าให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน
7.วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย	7.วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย	1. พูดคุยแนะนำตัวสร้างสัมพันธที่ดีกับญาติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและรู้สึกเป็นมิตร

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
		2. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการสังเกตหรือซักถามผู้ป่วยและญาติ 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ เปิดโอกาสให้ได้พบแพทย์ผู้ดูแลเพื่อทราบแนวทางการรักษา 4. บอกผู้ป่วยและอธิบายถึงเหตุผลในการให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อความเข้าใจและการให้ความร่วมมือที่ดี 5. จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน 6. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึก ต้องการความช่วยเหลือ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 7. หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับญาติ การช่วยเหลือญาติในการตัดสินใจ พยาบาลควรให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะแก่ญาติในการประกอบการตัดสินใจ 8. เปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม
8.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	8.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	1.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ และความรุนแรงของโรคความเจ็บป่วยทั้งหมด พร้อมให้เอกสารประกอบการอธิบาย 2.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย และรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน 3.อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับการเลือกอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค และการรับประทานยา 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อมูลข้อสงสัย และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องชัดเจน 5.อธิบายให้ผู้ป่วยเฝ้าระวัง สังเกต อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและอาการแสดงผิดปกติที่ควรมาตรวจรักษาก่อนวันนัด 6.อธิบายและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการให้ความใส่ใจสุขภาพตนเอง ทั้งการรับการรักษาตามนัด การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร
9.มีภาวะความดันโลหิตต่ำ		1. ประเมินปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจใน 1 นาที โดยปฏิบัติดังนี้ 1.1 วัดสัญญาณชีพทุก 15 - 30 นาที 1.2 ประเมินค่าความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลางทุก 1 - 2 ชั่วโมง 1.3 บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย เพื่อดูการทำงานของไต 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการแสดงของภาวะช็อกให้เฝ้าระวังทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้ามีเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย สับสน และหมดสติได้ 3. ลดความต้องการใช้ออกซิเจน โดยให้ผู้ป่วยพักอยู่บนเตียง ลดไข้เมื่อผู้ป่วยมีไข้ เพื่อลดการเผาผลาญในร่างกายลง 4. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยา Dobutamine (2:1) iv 5 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาเป็นกรอบในการประเมิน ทำให้สามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าได้รับวินิจฉัยโรคที่เหมือนกันคือ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงและมีน้ำคั่งที่เยื่อหุ้มหัวใจ โดยมีกระบวนการวินิจฉัยที่สำคัญคือการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) ที่สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจได้อย่างละเอียดและแม่นยำ โดยทั้ง 2 รายมีค่า ejection fraction (EF) ต่ำกว่าปกติมาก หัวใจบีบตัวได้น้อย มีภาวะน้ำคั่งที่เยื่อหุ้มหัวใจเล็กน้อย มีปัจจัยเสี่ยงเหมือนกันคือ มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรค ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ อีกทั้งมีประวัติการสูบบุหรี่เหมือนกัน และกรณีศึกษารายที่ 1 มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจึงทำให้มีอาการนำและความรุนแรงของโรคตามมา ทำให้มาโรงพยาบาลด้วยภาวะหายใจล้มเหลว ต้องได้รับการรักษาด้วยการ on endotracheal tube ใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานกว่า ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการ On O₂ mask with bag 10 LPM เท่านั้นและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า

ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งการประเมินต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญในการวินิจฉัยโรค และในการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับข้อมูลเรื่องแผนการรักษา การพยากรณ์โรคจากทีมสหสาขา ผู้ป่วยและญาติได้มีการตัดสินใจร่วมกันในการบำบัดรักษาดังกล่าว โดยพยาบาลมีบทบาท

สำคัญในการประเมินปัญหา ความต้องการ ให้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพ ป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี^{4,5,12}

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการพยาบาลควรมีการทบทวนความรู้เรื่องโรค ทักษะการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง จากตำราวิชาการ การศึกษาอบรมต่างๆ การแลกเปลี่ยนความรู้ในเวทีเสวนา

2. ควรมีการคัดกรองโรคหัวใจโดยเครื่องมือตรวจรักษาพิเศษ ได้แก่ การตรวจเอนไซม์หัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram [ECG]) การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise stress test) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) การตรวจหลอดเลือดหัวใจด้วยเครื่องเอกซเรย์ (Coronary CT Angiography [CTA]) การตรวจสวนหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเข้าช่องหัวใจ (Cardiac catheterization, coronary arteriography and left ventricular angiography) ในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป็นโรคเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา

3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้เข้ารับบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว (Heart Failure Clinic) ทุกราย เพื่อลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

4. การพัฒนาระบบการนิเทศรายโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากจากเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูง ต้องใช้ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลและต้องมีการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ควรมีการบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases : NCDs) เนื่องจากเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กันและเป็นปัจจัยในการเกิดโรคซึ่งกันและกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กอบกุล บุญปราศภัย. (2549). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง.
2. คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC), (2566). สถิติการตายจากโรคหัวใจล้มเหลวในปี พ.ศ. 2563-2565
3. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565). รายงานสถิติประจำปี. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2566
4. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด(พิมพ์ครั้งที่ 7).ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
5. วิจิตรา กุสุมภ์,บรรณาธิการ. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
6. วิทยา ศรีดามา,บรรณาธิการ. (2550). ตำราอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. วิทยา ศรีดามา,บรรณาธิการ. (2552). ทักษะการตรวจร่างกายทางอายุรศาสตร์ ฉบับที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
8. วิพร เสนารักษ์. (2548). การวินิจฉัยการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์
9. Audi, G., Korologou, A., Koutelekos, I., Vasilopoulos,G., Karakostas, K., Makrygianaki, K., Polikandrioti, M. (2017). Factors affecting health related quality of life in hospitalized patients with heart failure. Cardiology research and practice. 2017, from <http://doi.org/10.1155/2017/4690458>
10. Barker, H. M., & Lee, R. (1996). Nutrition dietetics for health care (9th ed.). New York:
11. Fair, J. M., & Froelicher , E. S. (2000). Psychosocial interventions. In S. L. Wood, E. S. Sivarajan Froelicher, & S. U. Motzer (Eds.), Cardiac nursing (4th ed.) (pp. 757-763). (Eds.), Comprehensive Cardiac Care (pp. 447-458). St. Louis: Mosby.
12. กมลทิพย์ กำจรเมฆกุล.(2564). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 6(2). 29-38



การบูรณะฟันในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับอุบัติเหตุบริเวณฟันหน้า : รายงานผู้ป่วย

Restorative treatment of traumatized Maxillary Anterior Teeth in Children : a case report

(Received: September 17,2023 ; Revised: September 23,2023 ; Accepted: September 24,2023)

จุฑามาศ เจริญพร¹

Jutamas Charoenporn¹

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุที่สามารถพบได้บ่อยภายในช่องปาก คือ การบิ่นและการแตกหักของฟัน ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและทางด้านสังคมอีกด้วย การให้การรักษานอกจากจะต้องทำให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บปวดแล้ว การบูรณะฟันที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ฟันได้ตามปกติ มีความมั่นใจในการเข้าสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บทความนี้เป็นการรายงานผู้ป่วยเด็กที่ได้รับอุบัติเหตุบริเวณฟันตัดซี่กลางบนหัก 2 ซี่ โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาคงรูปฟันและบูรณะฟันด้วยการปักเดือยฟันร่วมกับการอุดฟันเรซินคอมโพสิตแบบ layering technique ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ฟันมีรูปร่างและสีที่สวยงาม สามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติ และจากการติดตามผลภายหลังการรักษา 1 ปี พบว่าวัสดุบูรณะฟันอยู่ในสภาพดี มีความสวยงาม ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เป็นอย่างดี และไม่มีอาการใดๆ

คำสำคัญ : ฟันที่ได้รับบาดเจ็บ การบูรณะฟัน

Abstract

Crown fractures are a common clinical manifestation of dental injury, causing pain for the patient and having psychological and social impacts. In the treatment of a dental injury. Not only do we need to relieve the pain, but it is also important to carry out an appropriate dental restoration so that patients can regain the ability to use their teeth normally, have confidence in social interactions, and improve their quality of life. This case report is presented of a young Thai patient who has traumatized maxillary anterior teeth with moderate clinical crown fracture and has received endodontic treatment and restoration by post-placement and resin composite with the layering technique. The result of the treatment was accepted in terms of aesthetics, color, and function. After 1 year of follow-up, the dental restorations are in good condition, fully functional, and without any symptoms.

Keyword: dental injury, dental restoration

บทนำ

การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับฟันและกระดูกรองรับฟันแบ่งเป็น การแตกหัก(fracture) และการเคลื่อนของฟัน (luxation) โดยการแตกหักแบ่งจากระดับเล็กน้อยไปมาก^{1,3,15} ดังนี้

1.enamel infraction (เคลือบฟันร้าว) คือการเกิดรอยร้าวที่ผิวเคลือบฟันและไม่มี การสูญเสียโครงสร้างฟันซึ่งลักษณะนี้หากไม่มีอาการใดๆก็ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา แต่ในกรณีที่พบรอยร้าวชัดเจนอาจทำการปิดรอยร้าว

ด้วยเรซินคอมโพสิตเพื่อป้องกันการเปลี่ยนสีบริเวณ รอยร้าว¹

2. enamel fracture (เคลือบฟันบิ่นหรือหัก) (รูปที่ 1) จะพบรอยบิ่นหรือรอยหักที่บริเวณเคลือบฟันให้ทำการรักษาโดยการขัดฟันด้วยหัวขัดเรซินคอมโพสิตเพื่อลบรอยคมหรือบูรณะด้วยเรซินคอมโพสิต^{1,4}

3. enamel-dentin fracture (เคลือบฟันและเนื้อฟันแตกหัก) (รูปที่1) จะพบรอยหักหรือรอยบิ่นที่บริเวณเคลือบฟันและเนื้อฟันแต่ยังไม่เผย

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

เนื้อเยื่อใน ให้ทำการรักษาโดยการปิดส่วนเนื้อฟัน ด้วยกลาสส์ไอโอโนเมอร์และบูรณะฟันด้วยวัสดุเรซิน คอมโพสิต^{1,4}

4. enamel-dentin-pulp fracture (เคลือบฟันและเนื้อฟันแตกหักจนเผยเนื้อเยื่อใน) (รูปที่ 1)

การรักษาในฟันแท้ให้พิจารณาจากลักษณะ การปิดของปลายรากฟัน ขนาดและระยะเวลาที่ เกิดการเผยเนื้อเยื่อใน¹ ดังสรุปในตารางที่1 ส่วน การรักษาในฟันน้ำนมจะขึ้นกับความมีชีวิตของ เนื้อเยื่อในและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่ง ทางเลือกในการรักษาได้แก่ การรักษาเนื้อเยื่อใน แบบพัลโพโทมี (pulpotomy) พัลเพกโทมี (pulpectomy) และการถอนฟัน (extraction)^{4,5}

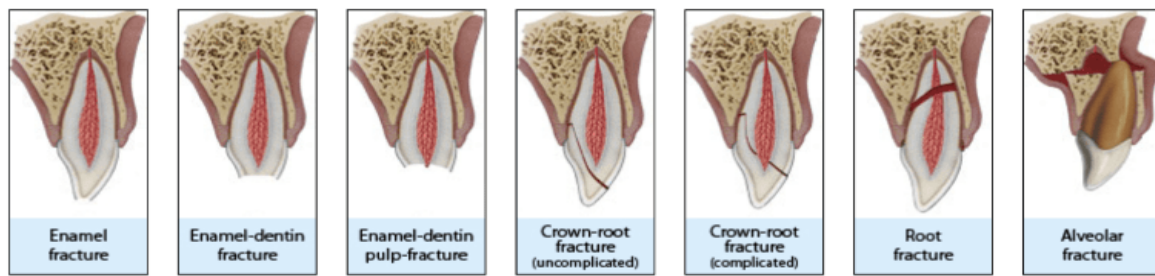
5. crown-root fracture (ตัวฟันและราก ฟันแตกหัก) (รูปที่ 1) อาจพบการเผยหรือไม่เผย ของเนื้อเยื่อในก็ได้การรักษาในฟันแท้ให้มีส่วนที่ แตกหักออกแล้วพิจารณาตำแหน่งของรอยแตกหัก และเนื้อเยื่อในว่าเผยหรือไม่ หากพบว่ารอยแตกหัก อยู่ในตำแหน่งเหนือเหงือกให้รักษาเช่นเดียวกับการ แตกหักของเคลือบฟันและเนื้อฟันแต่ถ้ารอยแตก อยู่ในตำแหน่งใต้เหงือกให้พิจารณาอัตราส่วนของ ตัวฟันต่อรากฟัน (crown root ratio) หากทำ ครอบฟันได้ควรทำให้ขอบฟันที่แตกอยู่เหนือเหงือก โดยการทำศัลยกรรมเพิ่มความสูงตัวฟัน (crown lengthening)¹ ส่วนในกรณีที่เป็นการแตกหักของ รากฟันที่ลึกลงไปมากให้พิจารณาถอนฟันออกและ ใส่ฟันเทียมทดแทน¹ สำหรับการรักษาในฟันน้ำนม ให้พิจารณาว่าเนื้อฟันส่วนที่เหลืออยู่สามารถบูรณะ ได้หรือไม่ หากไม่สามารถบูรณะได้แนะนำให้ถอน ฟัน^{2,4,5}

6. root fracture (รากฟันแตกหัก) (รูปที่ 1) คือการพบการแตกหักของส่วนรากฟัน การรักษาในฟันแท้ที่มีรากฟันแตกหักจะขึ้นอยู่กับ ตำแหน่งของรอยแตกหักดังนี้

- การแตกหักของรากส่วนปลายรากฟันและ ส่วนกลางรากฟัน (apical and middle root fracture) ให้จับฟันเข้าที่และยึดฟันด้วยฝือกฟัน ชนิดยืดหยุ่น (flexible splint) นาน 4 สัปดาห์

- การแตกหักของรากส่วนตัวฟัน (coronal fracture) มักมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี หากพบว่า รากฟันส่วนที่เหลือยังสามารถทำครอบฟันได้ให้นำ ฟันส่วนตัวฟันออกและทำครอบฟัน แต่หากไม่ สามารถทำครอบฟันได้ให้เก็บส่วนตัวฟันไว้และยึด ฟันไว้นานขึ้นจนถึง 4 เดือน การหายของรากฟันที่ แตกหักนั้นขึ้นกับการยึดฟันให้อยู่ที่ตำแหน่งเดิม และการป้องกันการเกิดการติดเชื้อของเนื้อเยื่อใน โดยติดตามผลอย่างน้อย 1 ปี หากพบการตายของ เนื้อเยื่อใน ให้ทำการรักษาลongรากฟันเฉพาะส่วน ที่ตายซึ่งอาจเป็นส่วนตัวฟันจนถึงบริเวณรอยแตก ส่วนบริเวณปลายรากฟันเนื้อเยื่อในมักยังมีชีวิตอยู่¹ สำหรับการรักษาในฟันน้ำนมแบ่งเป็น 2 กรณี คือ ถ้ารากฟันหักแต่บริเวณส่วนบนของรากและไม่มี การเคลื่อนที่ ไม่ต้องทำการรักษาใดๆให้ติดตาม อาการ แต่ถ้าส่วนบนของรากที่หักมีการเคลื่อนที่ให้นำชิ้นส่วนบนออกและเหลือส่วนปลายรากฟันไว้ให้ รากฟันมีการละลายเอง หรือให้เหลือปลายรากฟัน ไว้ในกรณีที่น่าชิ้นส่วนนั้นออกยากและอาจเป็น อันตรายต่อหน่อฟันแท้^{4,5,6}

7. alveolar bone fracture(กระดูกเบ้า ฟันแตกหัก) (รูปที่1)จะพบการแตกหักของกระดูก เบ้าฟันร่วมกับการเคลื่อนของฟันทำให้มีการสบฟัน ที่ผิดปกติ ในภาพถ่ายรังสีอาจพบรอยแตกหักตั้งแต่ บริเวณขอบกระดูกเบ้าฟันถึงบริเวณปลายรากฟัน แต่ไม่ถึงขอบล่างของกระดูกขากรรไกร การให้การ รักษาให้ทำการจับฟันและกระดูกเบ้าฟันให้เข้าที่ และยึดฟันเพื่อให้ฟันและกระดูกเบ้าฟันอยู่นิ่งเป็น เวลา 4 สัปดาห์และเย็บเนื้อเยื่อหากพบมีการฉีก ขาด¹



รูปที่ 1 แสดงการบาดเจ็บที่เกิดกับฟันและกระดูกรองรับฟัน

ตารางที่ 1 การรักษาฟันแท้ที่ได้รับอุบัติเหตุชนิดเคลือบฟันและเนื้อฟันแตกหักจนเผยเนื้อเยื่อใน

ลักษณะปลายรากฟัน	ขนาดของรูทะลุ	ความมีชีวิตของฟัน	การรักษา
ปิด	ไม่ระบุขนาด	มีชีวิต	ฟัลเพกโทมิ
		ไม่มีชีวิต	รักษาลงรากฟัน
ไม่ปิด	เล็ก	มีชีวิต	การปิดแผลเนื้อเยื่อใน (Direct pulp capping)
	ใหญ่	มีชีวิต	ฟัลโพโทมิ
		ไม่มีชีวิต	การเหนียวนำให้ปลายรากฟันปิด

(ที่มา: Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol(2012;28:2-12.)

สำหรับในกรณีที่มีการเคลื่อนของฟันแบ่ง
จากระดับเล็กน้อยไปมาก^{1,3} ดังนี้

1.concussion (รูปที่2) เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อยที่เกิดกับอวัยวะปริทันต์โดยฟันไม่มีการเคลื่อนแต่จะเคาะแล้วรู้สึกเจ็บมักพบหลุดเลือดที่มาเลี้ยงฟันปกติ

การรักษาในฟันแท้ไม่ต้องทำการรักษาใดๆ ให้ติดตามความมีชีวิตของฟันอย่างน้อย 1 ปี¹ ส่วนในฟันน้ำนมไม่ต้องทำการรักษาเช่นเดียวกัน ให้ติดตามอาการเป็นระยะ^{2,4}

2.subluxation (รูปที่ 2) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดกับอวัยวะปริทันต์ จะพบว่าฟันโยกแต่ยังไม่มี การเคลื่อนของฟัน มักพบมีเลือดออกรอบเบ้ารากฟัน การรักษาในฟันแท้ให้ติดตามอาการหรืออาจพิจารณาจับฟันให้เข้าที่โดยยึดฟันด้วยฝือกฟันชนิดยืดหยุ่นไว้ 2 สัปดาห์¹ ส่วนในฟันน้ำนมให้ติดตามอาการเป็นระยะโดยแนะนำให้ทำความสะอาดฟันด้วยแปรงสีฟันขนอ่อน

3. extrusion (รูปที่ 2) คือการเคลื่อนของฟันออกจากกระดูกเบ้าฟันบางส่วนทำให้เกิดการ ยื่นยาวของฟัน การรักษาในฟันแท้ให้จับฟันกลับเข้าที่ ปรับแต่งการสบฟันและยึดฟันด้วยฝือกฟันชนิดยืดหยุ่นนาน 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นนัดผู้ป่วย มาถอดฝือกฟันออกและให้ทดสอบความมีชีวิตของฟัน หากพบว่าฟันตายให้ทำการรักษาลงรากฟัน¹ สำหรับในฟันน้ำมนั้นให้ทันตแพทย์พิจารณาถึงระดับการเคลื่อนของฟัน ระยะการ สร้างรากฟันและความร่วมมือของผู้ป่วย ในกรณีที่ ฟันเคลื่อนที่น้อยกว่า 3 มิลลิเมตรและการสร้างรากฟันยังไม่สมบูรณ์ให้พิจารณาจัดฟันให้อยู่ในตำแหน่งเดิม(repositioning) แต่ถ้าพบว่าฟันเคลื่อนที่ไปมากและรากฟันมีการสร้างสมบูรณ์แล้ว ให้พิจารณาถอนฟันดังกล่าวออก^{4,5}

4. lateral luxation (รูปที่ 2) คือการเคลื่อนที่ของฟันจากตำแหน่งเดิมไปในทิศทางอื่นที่มีไข่นวแกนของฟันอาจเคลื่อนไปด้านข้าง

ด้านหน้าหรือด้านหลัง และฟันมักถูกล็อกอยู่กับกระดูกเบ้าฟันที่แตก การรักษาในฟันแท้ให้จับฟันกลับเข้าที่และยึดฟันด้วยเฟือกฟันชนิดยืดหยุ่นนาน 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยมาถอดเฟือกฟันและให้ทดสอบความมีชีวิตของฟัน หากพบว่าฟันตายให้รักษาคลองรากฟัน¹

สำหรับในฟันน้ำนมแบ่งเป็น 4 กรณี คือ กรณีแรก ถ้าไม่มีสิ่งกีดขวางการสบฟัน (occlusal interference) ไม่ต้องทำการรักษาใดๆ ให้ทำการติดตามอาการเป็นระยะ กรณีที่สองหากมีสิ่งกีดขวางการสบฟันเล็กน้อยให้ปรับแต่งแก้ไขการสบฟัน กรณีที่สามมีสิ่งกีดขวางการสบฟันมากให้จัดฟันให้อยู่ในตำแหน่งใหม่ และกรณีที่สี่ถ้ามีการเคลื่อนของฟันมากหรือฟันใกล้จะหลุดให้ถอนฟันซี่ดังกล่าวออก^{4,5}

5. intrusion (รูปที่ 2) คือ การยุบของฟันเข้าไปในกระดูกเบ้าฟันจึงมักเกิดร่วมกับการแตกหักของกระดูกเบ้าฟันถือเป็นอุบัติเหตุที่รุนแรงที่สุด ถ้าฟันมีปลายรากปิดมักพบว่ามีโอกาสฟันตายเกือบ 100% การรักษาในฟันแท้ขึ้นกับขนาดของรูเปิดปลายรากฟันและระยะการยุบตัวของฟัน¹ ดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนในฟันน้ำนมต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างฟันน้ำนมที่ได้รับบาดเจ็บกับหน่อฟันแท้ กรณีที่ปลายรากฟันที่ได้รับบาดเจ็บเคลื่อนไปที่หน่อฟันแท้ ให้ถอนฟันน้ำนมออก แต่ถ้าปลายรากฟันที่ได้รับบาดเจ็บเคลื่อนไปบริเวณแผ่นกระดูกด้านใกล้แก้ม (labial bone plate) ให้เก็บฟันซี่นี้ไว้โดยให้ฟันจัดตำแหน่งใหม่เอง^{4,5}

6. avulsion (รูปที่ 2) คือ การหลุดของฟันออกจากเบ้าฟันมักเกิดกับฟันหน้าตัดบนซี่แรก การพยากรณ์โรคขึ้นกับขนาดรูเปิดปลายรากฟันและระยะเวลาที่ฟันอยู่นอกช่องปาก ทันตแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยครอบอย่าเก็บฟันแบบแห้ง ปัจจุบันมีหลายบริษัทผลิตน้ำยาเก็บฟัน (physiologic media) โดยทำเป็นชุดพร้อมใช้งาน เช่น Save a tooth™ หรือ Teeth saver set™

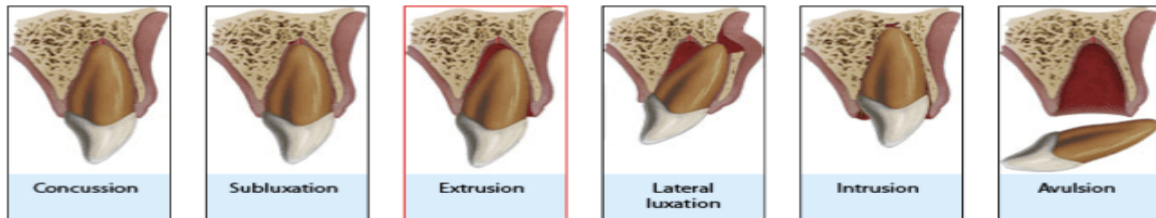
หากไม่มีให้แช่ฟันในตัวกลางออสโมลาริตี (osmolality media) เช่น นมไขมันต่ำรสจืดแช่เย็นและรีบมาพบทันตแพทย์ สำหรับการรักษาในฟันแท้แบ่งได้ดังนี้⁷

- ถ้าปลายรากปิดและแช่ฟันในตัวกลางสรีระหรือตัวกลางออสโมลาริตีและฟันอยู่นอกช่องปากน้อยกว่า 60 นาทีให้จับฟันที่ตัวฟัน ล้างผิวรากฟันด้วยน้ำเกลืออย่างเบามือ นำฟันกลับเข้าเบ้าฟันให้เร็วที่สุด ยึดฟันด้วยเฟือกฟันชนิดยืดหยุ่นนาน 2 สัปดาห์ และให้รักษาคลองรากฟัน

- หากปลายรากเปิดกว้างกว่า 1 มิลลิเมตร และแช่ฟันในตัวกลางสรีระหรือตัวกลางออสโมลาริตีและฟันอยู่นอกช่องปากน้อยกว่า 60 นาทีให้แช่ฟันในสารละลาย Minocycline หรือ Doxycycline 1 มิลลิกรัมต่อน้ำเกลือ 20 มิลลิลิตรนาน 5 นาที เพื่อเพิ่มโอกาสการมีเลือดมาเลี้ยงใหม่ แล้วนำกลับเข้าเบ้าฟันให้เร็วที่สุด ยึดฟันด้วยเฟือกฟันชนิดยืดหยุ่นนาน 2 สัปดาห์ ทดสอบความมีชีวิตของฟันเป็นระยะ เพราะฟันปลายรากเปิดอาจเกิดการมีเลือดมาเลี้ยงใหม่ได้ หากพบฟันตายให้รักษาคลองรากฟัน

- แต่ถ้าฟันอยู่นอกช่องปากในสภาวะแห้งนานกว่า 60 นาทีทั้งฟันปลายรากเปิดและปลายรากปิดไม่แนะนำให้ใส่ฟันกลับเข้าที่เพราะการพยากรณ์โรคไม่ดีจะเกิดภาวะฟันยึดแข็ง (ankylosis) รากฟันละลายและจะสูญเสียฟันในที่สุด ถ้าจำเป็นต้องเก็บฟันเพื่อความสวยงามหรือเหตุผลอื่นให้ชุดเนื้อเยื่อผิวรากฟันออกให้หมดและแช่ฟันในสารละลายโซเดียมฟลูออไรด์ความเข้มข้น 2 % นาน 20 นาที เพื่อลดการเกิดการละลายของรากฟัน ทันตแพทย์สามารถรักษาคลองรากฟันภายนอกช่องปากก่อนใส่ฟันกลับเข้าที่และยึดฟันด้วยเฟือกฟันชนิดยืดหยุ่นนาน 4 สัปดาห์ หลังการรักษาแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนและรักษาความสะอาดโดยการแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันอ่อนนุ่มและน้ำยาบ้วนปากคลอร์เฮกซิดีนความเข้มข้น 0.1 % เป็นเวลา 1- 2 สัปดาห์ร่วมกับจ่ายยาปฏิชีวนะ 7 วันโดยพิจารณายา tetracycline

25 - 50 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วันเป็นลำดับแรกแต่หากผู้ป่วยแพ้ยาหรืออายุน้อยกว่า 12 ปี แนะนำให้ยา amoxycillin 20 - 50 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน⁷ และแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก⁸ ส่วนในฟันน้ำนมนี้ไม่แนะนำ



รูปที่ 2 แสดงการเคลื่อนของฟัน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 13 ปีมาพบทันตแพทย์ด้วยฟันตัดกลางบนหักทั้ง 2 ซึ่งจากการเกิดอุบัติเหตุหกล้มแล้วฟันตัดกลางบนทั้ง 2 ซี่กระแทกพื้นมาประมาณ 1 ปีแต่ไม่ได้มาได้รับการรักษาทางทันตกรรม ปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ

การซักประวัติทางการแพทย์และทางทันตกรรม

ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวใดๆ และปฏิเสธการแพ้ยา

ผู้ป่วยเคยได้รับการถอนฟันและจากการตรวจร่างกายโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจภายในช่องปาก

จากการตรวจภายในช่องปากพบว่าฟันตัดกลางบนทั้ง 2 ซี่มีการหักประมาณครึ่งหนึ่งของฟัน โดยในฟันตัดกลางบนด้านขวาเป็นการหักชนิด enamel-dentine-pulp fracture และในฟันตัดกลางบนด้านซ้ายเป็นการหักชนิด enamel-dentine-fracture ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ไม่มีอาการบวม เคาะไม่เจ็บ ฟันไม่โยกและไม่พบว่ามี การเคลื่อนของฟัน

การตรวจวัดความมีชีวิตของฟัน

จากการตรวจวัดความมีชีวิตของฟันพบว่าฟันตัดกลางบนด้านขวาเป็นฟันไม่มีชีวิต ส่วนฟันตัดกลางบนด้านซ้ายยังมีการตอบสนองความมีชีวิต การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

ให้นำฟันกลับเข้าไปใส่ในเบ้าฟันเพราะมีแนวโน้มที่จะทำอันตรายต่อหน่อฟันแท้^{4,5} สำหรับการติดตามผลการรักษา ให้ติดตามเป็นระยะๆ โดยติดตามความมีชีวิตของฟันและผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น

พบว่า ฟันตัดกลางบนด้านขวามีรอยโรคบริเวณปลายรากขนาด 3×4 มิลลิเมตร (รูปที่ 3)

การวินิจฉัยโรค

ฟันตัดกลางบนด้านขวา (#11) คือ pulp necrosis with complicated crown fracture

ฟันตัดกลางบนด้านซ้าย (#21) คือ uncomplicated crown fracture

การวางแผนการรักษา

ฟันตัดกลางบนด้านขวา (#11) คือการรักษาคลองรากฟันและบูรณะฟันโดยการปักเดือยฟัน ร่วมกับการอุดฟันด้วยเรซินคอมโพสิตแบบ layering technique

ฟันตัดกลางบนด้านซ้าย (#21) คือการอุดฟันด้วยเรซินคอมโพสิตแบบ layering technique

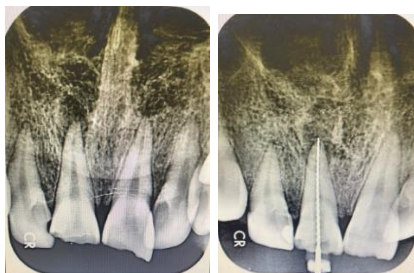
ขั้นตอนการรักษา

1. อธิบายข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง
2. ทำการรักษาคลองรากฟันในฟันตัดกลางบนด้านขวา
3. ปักเดือยฟันในฟันตัดกลางบนด้านขวา
4. อุดฟันเรซินคอมโพสิตแบบ layering technique ในฟันตัดกลางบนทั้ง 2 ซี่
5. ติดตามผลการรักษา 6 สัปดาห์ และ 1 ปี เพื่อตรวจลักษณะอาการทางคลินิกและภาพถ่ายรังสี^{2,11}

การรักษา

1. อธิบายแผนการรักษา ขั้นตอนการรักษา และผลของการรักษาที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ให้การรักษาคลองรากฟันในฟันตัดกลางบนด้านขวา (# 11) โดยใส่ยาซาเฉพาะที่ ใส่แผ่นยางกันน้ำลายและ กรอฟันเพื่อเปิดเข้าสู่โพรงประสาทฟัน ดึงเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันที่ตาย แล้วออกและล้างคลองรากฟันจนสะอาด ทำการวัดความยาวรากฟัน (รูปที่4) จากนั้นขยายคลองรากฟัน ขับลคลองรากฟันให้แห้งและใส่ยาแคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟันและอุดปิดชั่วคราวด้วยวัสดุอุดฟันชั่วคราว



รูปที่ 3 รูปที่ 4

3. หลังจาก 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ วัสดุอุดฟันชั่วคราวแบบสนิทีไม่มีอาการปวด ไม่มีอาการบวม เคาะไม่เจ็บ คลำไม่เจ็บ จากการตรวจภาพถ่ายรังสีพบว่ารอยโรคปลายรากฟันมีขนาดเล็กลง เริ่มมีการสร้างกระดูกมาแทนที่จึงได้ทำการอุดคลองรากฟันโดยการใส่แผ่นยางกันน้ำลาย เปิดล้างคลองรากฟันด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ความเข้มข้น 2.5 % ขับลคลองรากฟันให้แห้งและอุดคลองรากฟันด้วยวิธี lateral condensation ร่วมกับ Zinc oxide eugenol root canal cement แล้วอุดปิดโพรงฟันด้วยเควิตและโออาร์เอ็ม

4. หลังจาก 1 เดือน นัดผู้ป่วยมาทำการบูรณะฟันโดยในฟันตัดกลางบนด้านขวาได้ทำการปักเดือยฟันโดยกรอวัสดุอุดฟันชั่วคราวออกจนสะอาด ทำการกรอแต่งผิวฟันในส่วนตัวฟันโดยด้านชิดริมฝีปากกรอแต่งผิวเคลือบฟันเป็นลักษณะ long bevel ส่วนด้านชิดเพดานปากกรอแต่งผิวฟันเป็นลักษณะ contra bevel กว้างประมาณ 2 มิลลิเมตร¹² จากนั้นทำการกำจัดวัสดุอุดคลองรากฟันโดยใช้ peeso drill โดยให้เหลือวัสดุอุดคลอง

รากฟันที่ส่วนปลายประมาณ 5 มิลลิเมตร ทำการตรวจสอบด้วยภาพถ่ายรังสี ทำการลองเดือยฟันสำเร็จรูป ตรวจสอบความยาวและความแนบสนิทอีกครั้งด้วยภาพถ่ายรังสี (รูปที่ 5,6)



รูปที่ 5 รูปที่ 6

หลังจากนั้นทำความสะอาดคลองรากฟันด้วยสาร Ethyldiamide tetraacetic acid (EDTA) ความเข้มข้น 17 % และล้างด้วยน้ำกลั่นตามอีกครั้ง ทำการขับลคลองรากฟันให้แห้ง ใช้กรดฟอสฟอริก ความเข้มข้น 37% ทำการกัดผิวคลองรากฟันเป็น 15 วินาที ล้างออกด้วยน้ำกลั่นจนสะอาด ขับลคลองรากฟันหมาดๆ ในส่วนของเดือยฟันหลังจากลองเรียบร้อยแล้วให้แช่ด้วยแอลกอฮอล์ 70% เป็นเวลา 10 นาทีแล้วเป่าให้แห้ง จากนั้นทาในส่วนของรากฟันด้วย Excite[®] F DSC ซึ่งเป็นสาร dual-cure adhesive เป็นเวลา 10 วินาที แล้วใช้วัสดุยึดเดือยฟันชนิด Multi Core Flow ฉีดลงในคลองรากฟันแล้วนำเดือยฟันใส่ลงในคลองรากฟัน ทำการฉายแสงเป็นเวลา 40 วินาที

5. ทำการบูรณะฟันในส่วนตัวฟันด้วยการอุดฟันเรซินคอมโพสิตแบบ layering technique ในฟันตัดกลางบนทั้งสองซี่ โดยเริ่มจากใช้กรดฟอสฟอริกความเข้มข้น 37% กัดผิวฟันทั้งด้านริมฝีปากและด้านเพดานปากเป็นเวลา 15 วินาทีแล้วล้างด้วยน้ำให้สะอาด เป่าลมเบาๆ ใช้ฟู่กันทา bonding แล้วฉายแสง 20 วินาที ทำการบูรณะที่ด้านเพดานปากก่อนโดยใช้ Filtek[™] Z350 XT สี EA₃ แต่งให้สวยงามแล้วฉายแสง 20 วินาที จากนั้นบูรณะด้านใกล้กลางและด้านไกลกลางโดยใส่ sectional matrix และwedge ยึดตรึงไว้ แล้วใช้ Filtek[™] Z350 XT สี EA₃ แต่งให้สวยงามแล้วฉายแสง 20 วินาที จากนั้นใช้ Filtek[™] Z350 XT สี DA₃ แต่งบริเวณเนื้อฟันให้ดูโปร่งที่สวยงามแล้ว

ฉายแสง 20 วินาที หลังจากนั้นใช้ Filtek™ Z350 XT สี EA₃ แต่งตัวฟันด้านริมฝีปากให้สวยงามแล้วฉายแสง 20 วินาที ทำการขัดแต่งวัสดุอุดฟันให้ได้รูปร่างและลักษณะทางกายภาพให้เหมือนฟันธรรมชาติ ทำการตรวจการสบฟันทั้งในตำแหน่งสบในศูนย์และสบนอกศูนย์จนได้การสบฟันเช่นเดิม (รูปที่ 7,8,9)



รูปที่ 7 รูปที่ 8 รูปที่ 9

ผลภายหลังการรักษา

1. ภายหลังการรักษา 6 สัปดาห์พบว่าวัสดุบูรณะฟันยังอยู่ในสภาพดี ไม่พบรอยร้าวหรือรอยแตกหัก ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ดี สภาพเหงือกทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการตรวจภาพถ่ายรังสีพบว่า ไม่มีการละลายตัวของกระดูก ในฟันตัดกลางบนซึ่งพบว่ารอยโรคบริเวณปลายรากมีขนาดเล็กลงและมีการสร้างกระดูกแทนที่

2. ภายหลังการรักษา 1 ปี พบว่าวัสดุบูรณะฟันยังคงอยู่ในสภาพดี ไม่พบรอยร้าวหรือรอยแตกหัก ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ดี สภาพเหงือกทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการตรวจภาพถ่ายรังสีพบว่า ไม่มีการละลายตัวของกระดูก ในฟันตัดกลางบนซึ่งพบว่าไม่พบรอยโรคบริเวณปลายราก (รูปที่ 10,11)



รูปที่ 10 รูปที่ 11

สรุปผลการรักษา

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวภายหลังการรักษาคือ งดการใช้ฟันทั้งสองซี่ในการกัดหรือฉีกอาหารที่มีความแข็ง กรอบ และเหนียว ทำความสะอาดฟันด้วยการแปรงฟันที่มีขนอ่อนนุ่มและใช้ไหมขัดฟันตามปกติ

7. นัดผู้ป่วยมาติดตามอาการภายหลังการรักษาในเวลา 6 สัปดาห์ และ 1 ปี

จากการรักษาฟันตัดกลางบนที่หักจากการได้รับอุบัติเหตุโดยการรักษาลong รากฟันและบูรณะฟันโดยการอุดฟันด้วยเรซินคอมโพสิต ร่วมกับการปักเดือยฟันนั้นพบว่าการรักษาประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ฟันหายจากการติดเชื้อ ไม่มีอาการปวด ไม่มีอาการบวม ฟันไม่โยก ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ดี และจากการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 1 ปี วัสดุบูรณะฟันยังคงอยู่ในสภาพดี ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ

บทวิจารณ์

การบูรณะฟันอาจบูรณะได้ทั้งแบบอนุรักษ์ (conservative restoration) เช่น การบูรณะด้วยเรซินคอมโพสิตซึ่งสามารถใช้ในกรณีที่มีเนื้อฟันเหลือมาก ขอบของโพรงฟันอยู่ในชั้นเคลือบฟัน และสามารถควบคุมความชื้นขณะอุดฟันได้ หรือการบูรณะแบบขั้นสูง (advance restoration) เช่น การบูรณะด้วยครอบฟันหรือบูรณะด้วยเดือยฟันร่วมกับครอบฟันในกรณีที่มีเนื้อฟันเหลือน้อย¹³ กรณีที่ต้องใช้เดือยฟันในการบูรณะนั้น มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยให้วัสดุบูรณะฟันที่อยู่ในส่วนตัวฟันสามารถยึดติดกับส่วนตัวฟันและรากฟันได้ดียิ่งขึ้น

จากการศึกษาย้อนหลัง 5 ปีของพิมพ์นรา เพ็งอุดม และคณะ¹⁶ พบว่าฟันหน้าที่ได้รับการรักษาลong รากฟันมีอัตราการอยู่รอดสูง(ประมาณ90%) และการบูรณะฟันด้วยการอุดฟันเรซินคอมโพสิตก็มี แนวโน้มที่จะเป็นการบูรณะฟันที่ถาวรในฟันหน้าที่ ได้รับการรักษาลong รากฟันแต่อย่างไรก็ตามการทำครอบฟันก็เป็นอีกทางเลือกในกรณีที่พบว่า ปริมาณเนื้อฟันบริเวณคอฟันเหลือน้อยกว่า 3 ด้าน ความหนาของเนื้อฟันบริเวณคอฟันเหลือน้อยและ ในฟันที่มีการรับแรงกระแทกมาก นอกจากนี้ในฟัน ที่มีการเปลี่ยนสีก็เป็นปัจจัยในการพิจารณาทำ ครอบฟัน¹⁴

สำหรับในกรณีศึกษารายนี้ได้เลือกที่จะ บูรณะฟันด้วยการปักเดือยฟันสำเร็จรูปเนื่องจาก เนื้อฟันที่เหลืออยู่มีไม่มากพอที่จะบูรณะด้วยเรซิน คอมโพสิตอย่างเดียวยังทั้งยังเป็นวิธีการบูรณะ ฟันที่สามารถทำได้เสร็จภายในครั้งเดียว มีความ สวยงามและแข็งแรงพอสมควร ทั้งนี้ถ้าหากมีการ แดงหักเกิดขึ้นในอนาคตก็สามารถที่จะซ่อมแซมได้ ง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่มีประวัติได้รับ อุบัติเหตุจนต้องรักษาลong รากฟัน ส่วนการบูรณะ ฟันโดยการครอบฟันถาวรอาจจะไม่เหมาะสม เนื่องจากเด็กมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุซ้ำ และยังมีการ สบฟันที่ไม่เสถียรเนื่องจากยังมีการเจริญเติบโตของ กระดูกขากรรไกร¹³ ในอนาคตผู้ป่วยสามารถ เปลี่ยนเป็นการบูรณะด้วยการทำครอบฟันได้เมื่อ

ผู้ป่วยหยุดการเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกร และมีการสบฟันที่เสถียรภาพมากขึ้น

บทสรุป

ในการบูรณะฟันภายหลังจากการรักษาลong รากฟันนั้นมียุทธศาสตร์เพื่อลดหรือปิดกั้น การรั่วซึมของจุลชีพภายในช่องปากเข้าไปในlong รากฟันและปกป้องเนื้อฟันส่วนที่เหลือให้แข็งแรง ไม่แตกหักจากการบดเคี้ยวทำให้สามารถใช้งานได้ ตามปกติรวมถึงให้ความสวยงามโดยเฉพาะในฟัน หน้า ทั้งนี้วิธีการบูรณะฟันก็มีหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยเช่นชนิดของฟัน ปริมาณเนื้อ ฟันที่เหลืออยู่ภายหลังจากการรักษาลong รากฟัน การทำหน้าที่ของฟันซี่นั้นๆ ความสวยงาม รวมถึงเศรษฐกิจของผู้ป่วยสำหรับในการบูรณะ ฟันหน้าที่ได้รับการรักษาลong รากฟันด้วยการปัก เดือยฟันรวมกับการอุดฟันเรซินคอมโพสิตพบว่า สามารถปิดกั้นการรั่วซึมของจุลชีพในช่องปากเข้าไป ในlong รากฟันและปกป้องการแตกหักของฟัน ได้ทำให้ได้ฟันที่สวยงามแข็งแรงและสามารถใช้งานได้ เป็นอย่างดีและยังเป็นวิธีที่เหมาะสมกรณีใน ผู้ป่วยเด็กที่มีการสบฟันยังไม่เสถียรภาพและยังมื การเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกร ดังนั้นจึง ต้องวางแผนการรักษาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละ รายและควรนัดติดตามอาการด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol 2012;28:2-12.
2. Flores MT, Malmgren B, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Barnett F, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. Dent Traumatol 2007;23:196-202.
3. Tsukiboshi M. Treatment planning for traumatized teeth. 2nd ed.Chicago: Quintessence; 2012. p.4-5.
4. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. Dent Traumatol 2012;28:174-82.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of acute dental trauma. Pediatr Dent 2011;33:220-8.



6. McTigue DJ, Thikkurissy S. Orofacial trauma. In: Moursi AM, da Fonseca MA, Truesdale AL. Clinical cases in pediatric dentistry. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2012. p.137-80.
7. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G, Trope M, Diangelis AJ, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol 2012;28:88-96.
8. Cdc.gov [Homepage on internet] Center of disease control.[updated 2013 May 1; cited date 2013 May28].Availablefrom:Hyperlink“<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/tetanus.pdf>.”
9. Malmgren B, Malmgren O. Rate of infraposition of reimplanted ankylosed incisors related to age and growth in children and adolescents. Dent Traumatol 2002;18:28-36.
10. Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol 2007; 23:66-71.
11. International Association of Dental Traumatology, Trauma guideline 2012
12. Craham J. Mount and W.R.Hume: Preservation and restoration of tooth structure ; 1998 chapter 11 : pp 744-1,45
13. อมรา ม่วงมิ่งสุข: Conservative Restoration offer endodontic treatment; วารสารทันตกรรมหัตถการปีที่ 4 ฉบับที่ 1 หน้า 15- 21
14. Danuchit Banomyong and Ornjira Chailert :ClinicalRecommendation for Coronal Restoration of Endodontically Treated Teeth: Direct Resin Composite or Crown/Onlay?;Thai Endodontic Journal Vol.2 No.1: Jan-Jun 2023:29-40
15. Pattama Chailertvanitkul, Onauma Angwaravong and Supaporn Kongsomboon: Management of Traumatized Teeth: Permanent Teeth and Primary Teeth;J Dent Assoc.Thai Vol 63 No. 3 Jul-Sep 2013:103-110
16. Phengudom P, Banomyong D, Jirathanyanatt T, Ngoenwiwatkul Y, Suksaphar W. Survival Rates of Unrestorable Fracture of Endodontically Treated Anterior Teeth Restored with Resin Composites or Crowns: A Retrospective Cohort Study. Iran Endod J. 2021; 16: 176-83.

การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษา

Nursing counseling for patients with depression and at risk of suicide: A case study

(Received: September 18,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

พัชรารวลัย ชัยรัตน์¹

Patcharawalai Chairat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 18 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 21 กรกฎาคม 2566 ด้วยอาการสำคัญ ส่งตัวจากโรงพยาบาลสระโบสถ์ ด้วยเรื่อง เครียด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า มีความคิดอยากตาย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Severe Major Depressive disorder ผู้ศึกษาให้การพยาบาลและให้คำปรึกษาโดยใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพ 3 ขั้นตอน คือ การเริ่มต้นสัมพันธภาพ การร่วมกันแก้ปัญหา และการยุติสัมพันธภาพ พบว่า หลังให้การพยาบาลและให้คำปรึกษา ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดได้เหมาะสม เข้าใจผลดี ผลเสียของการทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีการทำร้ายตัวเอง นอนหลับได้ดีขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมได้ปกติ โดยได้รับความร่วมมือจากมารดา หลังจำหน่ายวันที่ 24 กรกฎาคม 2566 นัดติดตามการรักษา ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาเป็นระยะเวลา 2 เดือน จึงยุติสัมพันธภาพ สามารถกลับไปทำงานและใช้ชีวิตได้ตามปกติ

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคซึมเศร้า, การฆ่าตัวตาย

Abstract

This study was case study aimed to studied nursing counseling for patients with depression and at risk of suicide. By study from Thai female patient, age 18 years, was admitted to the hospital on 21 July 2023 with significant symptoms. The patient was send from Sa Bot Hospital with concerns of stress, insomnia, depression, and thoughts of suicide 1 day before coming to the hospital. Doctor diagnosed Severe Major Depressive Disorder. Researcher provides nursing care and counseling using the principles of relationship building in 3 steps: beginning the relationship; problem solving together and ending relationships. After providing nursing care and counseling, patient can face stress appropriately and understand the benefits and disadvantages of harming themselves. Patient is safe, no self-harm sleep better and do normal daily activities with the cooperation of the patient's mother. After discharge on 24 July 2023 and making an appointment to follow up on treatment, the patient received counseling for a period of 2 months and then ended the relationship. The patient is able to work and live life normally.

Keywords: Nursing, depression disorder, suicide

บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่มีผู้เป็นจำนวนไม่น้อย แต่ยังมีผู้รู้จักโรคนี้ไม่มากนัก บางคนเป็นโดยที่ตัวเองไม่ทราบ คิดว่าเป็นเพราะตนเองคิดมากไปเองก็มี ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่

เหมาะสม และทันเวลาที่ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการสำคัญ อารมณ์แปรปรวนที่ผิดปกตินั้นอาจเป็นอารมณ์เศร้าหรืออารมณ์เรื้อรังสนุกสนานผิดปกติ และไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดเป็นสาเหตุของ

¹ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อาการดังกล่าว องค์การอนามัยโลก พยากรณ์ไว้ใน Provisional agenda item 6-2 ว่า ตั้งแต่ปี 2554 ในปี 2572 นั้นโรคซึมเศร้า จะขึ้นมาเป็นสาเหตุของภาระโรคในระดับโลก และการเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายอันดับ 2 ในกลุ่มคนอายุ 15-29 ปี ซึ่งเป็นวัยหนุ่มสาวที่เป็นกำลังหลักให้กับประเทศชาติ ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยปี 2564 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตาย 6 คนต่อชั่วโมง หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตราว 4,000 คน โดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 100 คน จะเข้าถึงการรักษาเพียง 28 คนเท่านั้น พบว่าเพศหญิงมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า และผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า และ 70% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ได้ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตทั้งในรูปแบบ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และฟื้นฟู กับกลุ่มผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า ในปี 2563 ถึง 2565 มีจำนวน 1,373 คน , 1390 คน และ 1,591 คน ตามลำดับ สำหรับปัญหาการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ได้มีผู้ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2563 ถึง 2565 จำนวน 41 คน, 37 คน และ 56 คน ตามลำดับ และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ในปี 2563 ถึง 2565 จำนวน 10 คน , 6 คน และ 16 คน ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสน เท่ากับ 4.1 , 2.5 และ 6.6 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าและฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการสูญเสียต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนำไปสู่การป้องกัน

บำบัดรักษา การฟื้นฟู และการติดตามผล เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตรายจากความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และหายจากโรคซึมเศร้า สามารถปรับตัวและมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 18 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส โสด การศึกษา กำลังศึกษา ระดับ ปวช. ปี 3 อาชีพ นักเรียน ภูมิลำเนา หมู่ 3 ตำบลมหาโพธิ์ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี วันที่เข้ารับการรักษาวินิจฉัย วันที่ 21 กรกฎาคม 2566 วันจำหน่าย วันที่ 24 กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลา 3 วัน การวินิจฉัยครั้งแรก Severe Major Depressive Disorder การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Severe Major Depressive Disorder

อาการสำคัญ

ส่งตัวจาก โรงพยาบาลสระโบสถ์ ด้วยเรื่อง เครียด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า มีความคิดอยากตาย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ตื่นน้ำยาล้างห้องน้ำ รักษาที่โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานยาจิตเวชเกินขนาด รักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ ยาที่ได้รับ

- Fluoxetine 20 mg 2 tabs oral OD pc
- Sodium Valproate 200 mg 1 tab oral OD pc
- Risperidone 2 mg ½ tab oral OD pc
- Lorazepam 0.5 mg 1 tab oral OD pc

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย : ผู้ป่วยรับรู้ในการเจ็บป่วยเกิดจากความเครียดที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จึงทำร้ายตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการไม่สุขสบายทางร่างกาย แต่ไม่คิดว่าจะทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต คาดหวังว่าหาย แต่ต้องใช้เวลา เพราะยังมีอาการคลื่นไส้อยู่ ซึ่งต่อไปไม่ควรทำร้ายตนเอง เพราะทรมาน

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร : ความอยากอาหารน้อยลง รับประทานอาหารได้น้อย เป็นมาประมาณ 1 เดือน

3. การขับถ่าย : ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติ

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย : การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถทำได้ แต่ไม่ยอมออกนอกบ้าน ไม่อยากคุยกับใคร บางครั้งไม่ยอมไปทำงาน ไม่เคยออกกำลังกาย

5. การพักผ่อนนอนหลับ : หลับยาก ตื่นกลางดึก บางครั้งนอนไม่หลับ

6. การรู้และการรับรู้ :
- ระดับการรับรู้ตนเอง - ปกติ
- การรับรู้กาลเวลา สถานที่และบุคคล - ปกติ
- การพูด การติดต่อสื่อสาร - ค่อนข้างเข้าใจเสียงเบา พูดซ้ำ
- อารมณ์ - มีอารมณ์เศร้า
- กระบวนการคิด - ความคิดต่อเนื่อง
- การรับรู้ - ปกติ มีเหตุผล
- รูปแบบความคิดการตัดสินใจ - ไม่นั่นนอน
- ความจำในอดีต ความจำปัจจุบัน - ปกติ

7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ : ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจาก

การรับประทานยาเกินขนาด และวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องงาน

8. บทบาทและสัมพันธภาพ : ผู้ป่วยเป็นบุตรสาวคนที่ 1/1 เรียนหนังสือ ปวช. ปี 3 รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดามารดา ครอบครัวช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยมีบุคลิกชอบอยู่คนเดียว ไม่ค่อยยุ่งกับใคร มีปัญหาปรึกษากับมารดาบ้าง แต่มักตัดสินใจและแก้ปัญหาด้วยตัวเอง กดดันตัวเองเรื่องการเรียน ไม่ค่อยมีเพื่อน ขณะพูดคุยผู้ป่วยมองหน้าสลับตา

9. เพศและการเจริญพันธุ์ : ปกติ

10. การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด : ผู้ป่วยมีความเครียดจากปัญหาเรื่องงาน เวลาเครียดมักจะปวดศีรษะ รับประทานยาแก้ปวดทุกเวลา และมักจะเก็บปัญหาทุกอย่างไว้ไม่ปรึกษาใคร บางครั้งทำให้มีอารมณ์เศร้า เบื่อในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงเก็บตัวอยู่แต่ในห้องคนเดียว เมื่อมีความเครียดมากๆ จะทำร้ายตนเอง

11. คุณค่าและความเชื่อ : นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดจากกรรม และมีความเชื่อเกี่ยวกับภูผแห่งกรรม

การตรวจสภาพจิต

1. ลักษณะทั่วไป (General appearance) : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เดินมาเองได้ ท่าที่ปกติ การเคลื่อนไหวปกติ แต่งกายเหมาะสม สะอาด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี

2. กระแสคำพูด (Speech) : พูดซ้ำ เสียงเบา พูดจาต่อเนื่อง ตอบตรงคำถาม

3. อารมณ์ (Affect) : สังเกตสีหน้าพบว่ามีอารมณ์เศร้าเป็นบางครั้ง สอดคล้องกับเหตุการณ์

4. ความคิด (Thought) : กระแสความคิดต่อเนื่อง ไม่มีความคิดหลงผิด ไม่มีหวาดระแวง

5. การรับรู้ (Perception) : ปกติ ไม่พบมี hallucination ต่างๆ

6. สติสัมปชัญญะ (Consciousness) : conscious ปกติ รู้เวลา สถานที่และบุคคล (Orientation) ปกติ



7. ความจำและสมาธิ (Memory and Concentration)

7.1 ความจำที่เพิ่งเกิด (Recent Memory) : ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ที่มาโรงพยาบาลได้ว่ามาเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2566 และมีอาการเครียดนอนไม่หลับ จึงมาโรงพยาบาล

7.2 ความจำในอดีต (Recall Memory) : ชักประวัติ ถามวันเดือนปีเกิด ผู้ป่วยตอบถูกต้อง

7.3 สมาธิ : ปกติ โดยให้ทำเลข 100 ลบ 7 ผู้ป่วยตอบ 93, 86, 79, 72, 65...

8. เขาวนปัญญาและความรู้ (Intelligence and General knowledge) : ปกติ โดยถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถตอบได้ และมีความคิดและเหตุผลเหมาะสม คำตอบของผู้ป่วยเป็นแบบนามธรรม (abstract)

9. การรู้จักตนเองและการตัดสินใจ (Insight and Judgement) : ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และต้องการรับการรักษาต่อ

การประเมินสภาพร่างกาย อารมณ์จิตใจผู้ป่วยเมื่อแรกพบ

รูปร่าง สมส่วน ผิวสองสี รู้สึกตัวดี เดินได้ช่วยเหลือตัวเองได้ สีนํ้าเรียบเฉย พูดช้าเล็กน้อย เสียงเบา แต่งตัวปกติ มีอารมณ์ซึมเศร้า มีความคิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. มีอารมณ์ซึมเศร้า 2. มีความคิดอยากตาย และคิดวางแผนฆ่าตัวตายโดยวิธีทานยาเกินขนาด	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยโดยการแนะนำชื่อตนเองเรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจเมื่อผู้ป่วยพูด 2. แสดงความรู้สึกละมุนรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่งด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนน้อม และให้ความเป็นกันเอง เข้าใจ ยอมรับความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วย 3. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหา ตอบสนองความรู้สึก โดยการแสดงออกทางภาษาพูด ภาษาท่าทางใช้การพยักหน้า และแสดงความเห็นใจ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยการใช้มือสัมผัสให้กำลังใจผู้ป่วย 4. ให้กำลังใจ เสริมแรงโดยการพูดชื่นชม เมื่อผู้ป่วยแสดงความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เหมาะสม

อยากตาย และคิดวางแผนฆ่าตัวตายโดยวิธีทานยาเกินขนาด และกินยาฆ่าหญ้า) ปฏิเสธหิวแหว่/ภาพหลอน

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 93 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 115/69 มิลลิเมตรปรอท

น้ำหนัก 47 กิโลกรัม รอบเอว 70 เซนติเมตร BMI 18.36

ประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) = 23 คะแนน และประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) = 19 คะแนน

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แรกรับ)

ผลเลือด : WBC 9,240 cell/cu.m.m, platelet 331,000 cell/cu.m.m, Hb 10%, Hct 32.5%

Na 139 mmol/L, K 4.30 mmol/L, Cl 105 mmol/L, CO₂ 26.5 mmol/L, BUN 10 mg/dl, Cr(eGFR) 0.65 mg/dl, eGFR 130.0 ml/Min/1.73m, SGOT (AST) 13 U/L, SGPT (ALT) 8 U/L

ผลปัสสาวะ: Metamphetamine urine = negative, Urine Pregnancy test, THC(กัญชา) = negative

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ประเมินโรคซึมเศร้าจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) 6. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ ได้แก่ - Lorazepam 0.5 mg ¼ tab oral hs - Fluoxetine 20 mg 2 tab oral hs - Quetiapine 25 mg 1 tab oral pc เช้า และก่อนนอน - Haloperidol 5 mg IM prn for agitation ทุก 4-6 hr - Diazepam 10 mg IV prn for severe agitation ทุก 6 hr 7. ประสานในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง โดยการจัดสิ่งแวดล้อม สถานที่ที่เหมาะสมปลอดภัยและติดต่อประสานให้ข้อมูลกับญาติในการดูแลต่อเนื่อง 8. นัดติดตามอาการและประเมินผลการรักษาตามเกณฑ์การเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ทำร้ายตัวเอง และไม่มี suicidal idea
ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการนอนไม่หลับ ข้อมูลสนับสนุน 1. มีอาการนอนไม่หลับ เบื่อ ไม่อยากทำกิจกรรม สิ้น บ่อย 2. “นอนไม่หลับ ยังคงเบื่อ ไม่อยากทำอะไร บางครั้ง หงุดหงิด” “กินยาก็ไม่หลับ”	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยโดยการแนะนำชื่อตนเอง เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจเมื่อผู้ป่วยพูด 2. แสดงความรู้สึกรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่งด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อน และให้ความเป็นกันเอง 3. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วยโดยไม่โต้แย้งหรือส่งเสริม 4. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหา ตอบสนองความรู้สึก โดยการแสดงออกทางภาษาพูด ภาษาท่าทางใช้การพยักหน้า และแสดงความเห็นใจ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยใช้สัมผัสให้กำลังใจผู้ป่วย 5. ร่วมค้นหาสาเหตุกับผู้ป่วยในการนอนไม่หลับ พบว่าผู้ป่วยมีอาการคิดวน ซ้ำ ๆ ในเรื่องการเรียน และไม่สามารถจัดการกับความคิดได้ 6. แนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนที่เหมาะสม โดยให้นอนหลับเวลากลางคืน และเวลากลางวันควรงดกิจกรรมที่กระตุ้น เช่น การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การพูดคุยกับคนในครอบครัว รวมถึงการออกกำลังกาย 7. รายงานแพทย์ให้ทราบและแนะนำยาและผลข้างเคียงการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง คือ Lorazepam 0.5 mg ¼ tab oral hs การประเมินผล นอนหลับได้ดีขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมได้ปกติ
ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด ข้อมูลสนับสนุน แผนการรักษา Diazepam 10 mg IV prn for severe agitation ทุก 6 hr ได้รับยาช่วงวันแรก	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลและเฝ้าระวัง การให้ยา Diazepam ชนิดฉีดตามความรุนแรงของอาการ ดังนี้ 1.1 ฉีดยา Diazepam 10 mg เข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ หลีกเลี่ยงการฉีดเข้าหลอดเลือดแดง หรือการทำให้เส้นเลือดแตกภายหลังการฉีด 1.2 ตรวจสอบอาการอีกเสบของหลอดเลือดดำ ว่ามีปวด แดงหรือมีลักษณะไหม้บริเวณที่ฉีดยาก่อนฉีด Diazepam 10 mg เข้าเส้นเลือดดำ 1.3 ประเมินอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางยาได้แก่ อาการง่วงนอนและสังเกตการหายใจเนื่องจากยา มีฤทธิ์กดการหายใจอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยาช่วงวันแรก



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ยาโดยเฉพาะการหายใจและความดันโลหิตทุก 30 นาที หลังให้ยาฉีดจำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง จากนั้น วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงจนกว่าอาการคงที่ 1.4 เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้น กระวนกระวายหรือวิตกกังวลมากให้ยาแล้วอาการไม่สงบ ประเมินถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้งจัดท่านอนที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมลดสิ่งกระตุ้นไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้น เช่น แสงสว่างมากเกินไป เสียงดัง มีคนเดินไปมาพลุกพล่าน 1.5 ติดตามผลของยาถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมหรือง่วงนอนมากการทรงตัวไม่ดี ให้รายงานแพทย์ ดูแลและระวังอุบัติเหตุต่าง ๆ กิจกรรมประจำวัน การได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 1.6 ให้ยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวมถึงสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ระวังมึนงง การติดยา กรณีใช้ยา Diazepam ในขนาดสูง 2. รายงานแพทย์ กรณีต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เช่น ปลุกไม่ตื่นหรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ตรวจพบ Neurological signs ผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลง เช่น weakness, Sign of increase intracranial pressure เช่น อาเจียนมาก, Increased BP, Bradycardia การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับ Diazepam ตามแผนการรักษา ปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน
ปัญหาที่ 4 พฤติกรรมการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ข้อมูลสนับสนุน 1. เมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยมักจะทำร้ายตัวเองด้วยการกรีดข้อมือ 2. “บางครั้งเก็บความเครียดมาก ๆ จะร้องไห้และทุบตัวเอง”	กิจกรรมการพยาบาล 1. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหา ตอบสนองความรู้สึก โดยการแสดงออกทางภาษาพูด ภาษาท่าทางใช้การพยักหน้า และแสดงความเห็นใจ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยใช้สัมผัสให้กำลังใจผู้ป่วย 2. ค้นหา และประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ พบว่า ความเครียดเกิดจากการเรียน กลัวเรียนไม่จบ ไม่สามารถพูดคุย ปรีक्षाใครได้ 3. อธิบายและชี้ให้เห็นข้อดี และข้อเสีย การทำร้ายตัวเอง เช่น ความเจ็บปวด ความพิการ ภาพลักษณ์ 4. ป้องกันและช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียด โดย - ฝึกคิดในทางบวก พยายามมองหาข้อดีในเรื่องร้ายๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าเรื่องอะไรก็ตามที่เกิดขึ้น มันจะมีสองด้านเสมอ เช่น ความกังวลเรื่องการเรียนเป็นผลดีที่เราจะได้มีความพยายาม และกระตุ้นให้พัฒนาตัวเองมากขึ้น ทำให้ทราบข้อบกพร่องของตัวเอง - ฝึกผ่อนคลาย และการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ได้แก่ การฝึกหายใจคลายเครียด การผ่อนคลายด้วยการออกกำลังกาย 5. การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ระหว่างแพทย์ ผู้บำบัด และผู้ป่วย หากมีการทำร้ายตัวเอง การเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจะต้องเข้านอนในโรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องการ 6. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านซึมเศร้าตามการรักษาของแพทย์ คือ Fluoxetine 20 mg 2 tab oral hs และรับประทานต่อเนื่อง ไม่ขาดยา การประเมินผล ในช่วงบำบัดระยะแรกมีการทุบตัวเอง 1 ครั้ง หลังจากนั้นผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้เหมาะสมขึ้น ไม่ทำร้ายตัวเอง เวลาที่เครียดมากจะชวนมารดาออกไปวิ่งหน้าบ้าน และกลับมาช่วยทำงานบ้าน
ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินภาวะขาดสารอาหาร เช่น อ่อนเพลีย เยื่อตาขาวซีด อาการบวมตามแขนขา เพราะจะทำให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหาร 2. ประสานกับหอผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลา ไข่ขาวและนม เป็นต้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. น้ำหนัก 47 กิโลกรัม รอบเอว 70 เซนติเมตร BMI 18.36 2. ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมารับประทานอาหารได้น้อย	เพราะโปรตีนเป็นสารที่จำเป็นต่อการสร้างและซ่อมแซมกล้ามเนื้อให้ร่างกายและการกินโปรตีนคุณภาพสูงทำให้ร่างกายนำโปรตีนไปใช้ได้เต็มที่ลดการทำงานของไตทำให้ของเสียเกิดขึ้นน้อย 3. แนะนำการดูแลทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร เพราะเป็นการช่วยเพิ่มความอยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น 4. อธิบายให้ญาติจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้บริการแต่ไม่ขัดการรักษา เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นไม่ขาดสารอาหาร 5. ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพราะจะทำให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหาร 6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Albumin เพราะบ่งบอกถึงระดับโปรตีนในกระแสเลือด ถ้าต่ำกว่าปกติอาจเกิดจากขาดสารอาหารพวกโปรตีน การประเมินผล ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ประมาณครึ่งถาด ร่วมกับอาหารที่ญาตินำมาให้ได้มากขึ้น หลังการติดตามและนัดมาให้คำปรึกษาผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ
ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติตัว ข้อมูลสนับสนุน 1. “หนูคิดว่าหนูเครียดมากเท่านั้น ไม่คิดว่าเป็นโรค และจะหายมัยคะ” 2. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสงสัย ถามเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การรักษา และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. แนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันตามปกติของผู้ป่วย การหางานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ การไม่แยกตัวจากครอบครัวหรือสังคม 3. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ การปรับความคิดและพฤติกรรม โดยมองโลกในทางดี การออกกำลังกาย การหากิจกรรมที่ให้ความสุข การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การปรับวิธีคิดให้ถูกต้อง การทำสมาธิ 4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยในการสังเกตอาการของโรคซึมเศร้า เช่น มีอารมณ์เศร้า หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา เศร้าหมอง หงุดหงิดง่าย ความสนใจในงานอดิเรกลดลง หรือรู้สึกไม่สนุกสนานในการมีกิจกรรมที่ตนเองชอบ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียง่าย เป็นต้น เมื่อมีอาการผิดปกติดังกล่าวให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัด 5. ชักถามความรู้ผู้ป่วยหลังการให้ความรู้ เพื่อประเมินผลการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อโรคซึมเศร้า และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติเมื่อกลับบ้านได้ 6. แนะนำญาติมาพบในวันนัด เพื่อรับทราบข้อมูลในการปฏิบัติตัวต่อโรคซึมเศร้าและการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการทำความเข้าใจโรคร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง การประเมินผล ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้ ญาติซึ่งเป็นมารดามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และสามารถบอกวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนมากหลายปัจจัยประกอบด้วยกัน ได้แก่ ปัญหาทางการเรียน ปัญหาสัมพันธภาพที่มักจะเก็บตัว ไม่ปรึกษาปัญหากับครอบครัว ไม่มีเพื่อน ให้คำปรึกษา จึงอาจทำให้เกิดความเครียดสะสมได้ตลอดเวลา การสร้างสัมพันธภาพที่ดี

ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การสร้างความรู้สึกรักที่ปลอดภัย และการปรึกษาที่ใช้การนึกคิดและการปรับพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรมทางบวกของผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการปรึกษาจึงจะสามารถทำให้ผู้ป่วยไม่มีความคิดในการฆ่าตัวตาย และมีความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆได้

ด้วยตนเอง รวมถึงการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีศึกษารายนี้อาจทำได้ยุ่งยากเนื่องจากปัญหาเรื่องเวลาเรียนของผู้ป่วย และการเดินทางต่างอำเภอ ซึ่งโรคซึมเศร้าจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องประมาณ 6-9 เดือนจึงจะมีอาการดีขึ้น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง อาจมีโอกาสดำเนินและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และการรักษาจำเป็นต้องให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรค รวมถึงญาติ ครอบครัว และคนใกล้ชิดมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องทราบอาการและสัญญาณเตือน (early warning signs) ซึ่งในกรณีศึกษารายนี้ พบมีการทำร้ายตนเองซ้ำก่อนมาโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จึงต้องให้ psychoeducation กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชน โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนในการ

เฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีแก่ประชาชน และส่งเสริมป้องกันปัญหาซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย โดยการประเมินตนเอง ผ่านช่องทางต่างๆ ทั้งการเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลด้วยตนเอง ผ่านสื่อแอปพลิเคชันต่างๆ เช่น การคัดกรองซึมเศร้า DMIND ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม การคัดกรอง Mental Health Check In ของกรมสุขภาพจิต การใช้แบบคัดกรองซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 2Q 9Q 8Q เป็นต้น เพื่อให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

2. การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอการให้คำปรึกษาด้วยการทำจิตบำบัดด้วยวิธีต่างๆ การปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT Model) จิตบำบัดแนวซาตียร์ (Satir Model) เป็นต้น เพื่อให้เกิดคุณภาพในการบำบัดรักษา

3. การใช้ระบบโทรเวช หรือ ระบบ Telemedicine, Tele Mental Health เพื่อการเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น และการให้คำปรึกษา และบริการทางการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2564). แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ. ศิริธรรมออฟเซต.
2. กรมสุขภาพจิต. (2564). รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (รายต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2562-2564. https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp.
3. นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. วารสารมหาวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติหัวเฉียว วิชาการ; 19 (38): 105-118.
4. ชนิตดา แนนเกษร. (2561). ภาวะซึมเศร้า: พยาธิสภาพและการพยาบาล. ชลบุรีการพิมพ์.
5. ทศนา ชูวรรณประภรณ์. (2560). ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. Thai Journal of Nursing Council; 16(4): 64-72.
6. สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต. (2560). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และนโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560-2561. กระทรวงสาธารณสุข.
7. สายฝน เอกวรณกุล และอุณจิตร คุณารักษ์. (2559). ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.



8. Yang H, Gao S, Li J, Yu H, Xu J, Lin C, Yang H, Teng C, Ma H and Zhang N. (2022). Remission of symptoms is not equal to functional recovery: Psychosocial functioning impairment in major depression. *Front. Psychiatry*.
9. World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. World Health Organization.
10. Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*; 8(41:1-5.



การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา

The Nursing Care for Total Knee Arthroplasty: A case study

(Received: September 18,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

สุจิตร์ตรา เย็นสร¹

Sugitra Yensong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม งานห้องผ่าตัด จำนวน 1 ราย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 64 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ปวดเข่าข้างซ้าย เดินลำบาก ก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน แพทย์นัดมาทำผ่าตัด โดยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2566 ในระยะก่อนผ่าตัด พบปัญหาปวดหัวเข่า ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ระยะผ่าตัด มีภาวะสูญเสียเลือด และเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ส่วนประกอบของข้อเข่าเทียม ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ อุณหภูมิร่างกายต่ำ มีอาการปวดแผล พยาบาลได้เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ให้การพยาบาลเฝ้าระวังแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้านได้วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลา 5 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคข้อเข่าเสื่อม, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Abstract

This study was case study aimed to studied nursing care for 1 patient with steoarthritis receiving knee replacement surgery, Operating room.

The results of the study found that a 64-year-old Thai male patient presented with significant symptoms, left knee pain, difficulty walking for 1 month before coming to the hospital. The doctor made an appointment to do surgery. Patient was admitted to the hospital on 18February 2023. The preoperative period, this found a problem with knee pain. Patient and relatives are worried about surgery. During the surgery, there is blood loss and the risk of complications from wearing artificial knee components. Postoperative period, there had a risk of respiratory obstruction low body temperature and had a wound pain. Before surgery, nurse prepared and provided a nursing care and monitor complications during surgery. After surgery, the patient is safe and was rehabilitated and discharged on 23 February 2023, total of hospital admission of 5 days.

Keywords: nursing care, osteoarthritis, knee arthroplasty

¹โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยมากในบรรดาข้อกระดูกเสื่อมทั้งหลาย มักเกิดควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงสู่วัยสูงอายุ ร้อยละ 70-80 พบในผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป บางรายมีอาการตั้งแต่อายุ 40 ปี มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ข้อเข่าเสื่อมนอกจากจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดแล้ว ถ้าเป็นมากอาจก่อให้เกิดความพิการหรือผิดรูปของกระดูกเข่าอย่างถาวร ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยของข้อเข่าชนิดเรื้อรังที่แพทย์ไม่สามารถรักษาด้วยการให้รับประทานยา หรือวิธีอื่นๆ แล้ว และปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้น การทำผ่าตัดดังกล่าวจะช่วยรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกข้อเข่าได้ดี ซึ่งสถิติห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีจำนวนผู้เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ปี 2563-2565 จำนวน 313, 204, 312 ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงมีความสำคัญ เพราะจะช่วยบรรเทาอาการปวดและดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยมีคุณค่า มีความสามารถ เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง โอกาสที่ข้อเข่าจะทำหน้าที่ได้ตามปกติจะเสียไป อาจเกิดความพิการ^{1,2}

ดังนั้นพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีทักษะและประสบการณ์ สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงสภาพปกติมากที่สุด การผ่าตัดจะประสบผลสำเร็จได้นั้น พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทที่สำคัญเป็นอย่างมาก เริ่มตั้งแต่ในระลอกก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจะทำการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อทำการประเมินสภาพการหาข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลที่ถูกต้อง

เหมาะสมป้องกันอันตรายและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยทำการประเมินว่าผู้ป่วยมีสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมใดที่จะส่งผลต่อความปลอดภัยในขณะผ่าตัด ประเมินถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดว่าผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองหลังผ่าตัดมากน้อยเพียงใด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องสามารถโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองที่ถูกต้องจะสามารถทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถให้คำแนะนำและปลอบโยนให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงได้

ในระยะผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้เพียงพอ ถูกต้องและเหมาะสม มีความคล่องตัวในการส่งเครื่องมือ สามารถส่งเครื่องมือได้เหมาะสมกับขั้นตอนการผ่าตัด สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ มีการดูแลให้การพยาบาลและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดจนกระทั่งออกจากห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย³⁻⁶

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพ คู่ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 6 อาชีพ แม่บ้าน ภูมิลำเนา ตำบลโคกตูม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี วันที่รับไว้ในความดูแล 18 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่เข้ารับการผ่าตัด 20 กุมภาพันธ์ 2566

อาการสำคัญ ปวดเข่าข้างซ้าย เดินลำบาก 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์นัดมาทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง เป็นๆ หายๆ รับการรักษาที่



โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยการ
รับประทานยา

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดเข่า
ข้างซ้ายมากขึ้น เดินลำบาก แพทย์จึงนัดมาทำผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างซ้าย

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้น
เลือดสูง 10 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารทุกชนิด

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและ
โรคติดต่อใด ๆ

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรค
ประจำตัวใดๆ ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง
หรือโรคติดต่อทางพันธุกรรมและไม่มีประวัติโรคจิต
โรคประสาทในครอบครัว

การประเมินร่างกายตามระบบ

1. ผิวหนัง ศีรษะ ใบหน้า ลำคอและต่อม น้ำเหลือง

- ผิวขาวเหลือง ไม่มีรอยโรค ไม่มีผื่น มีความ
ชุ่มชื้นของผิวหนังดี

- เส้นผมสีดำปนสีขาว เส้นตรง ขอยสั้น หนัง
ศีรษะแห้งสะอาด ไม่มีรังแค คลำไม่พบก้อน กดไม่
เจ็บ

- ใบหน้า มีรอยกระกระจายทั่วใบหน้า มี
รอยย่นเล็กน้อย มีความชุ่มชื้น

- ตาทั้งสองข้างมีขนาดเท่ากัน เยื่อบุตามีสี
ชมพูอ่อน ไม่มีสิ่งขี้ขี้หลัง สามารถมองเห็นได้ชัดเจน
อ่านได้ถูกต้อง รูม่านตากว้างขนาด 2 มิลลิเมตร

- ใบหูอยู่ในตำแหน่ง eye occiput line
ลักษณะปกติ ไม่บวมแดง ไม่มีรอยโรค การได้ยินปกติ
สามารถพูดตามที่ได้บอกได้ถูกต้อง

- จมูกสมมาตรกันทั้งสอง เยื่อบุภายในโพรง
จมูกไม่บวมแดงอักเสบ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

- ริมฝีปากสีชมพูอ่อน ชุ่มชื้น ไม่มีแผล ไม่มี
รอยโรค สมมาตรกัน

- ใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้จำนวน 3 ซี่

- ต่อมทอนซิลไม่โต คอหอยไม่บวม แดง ลิ้นไก่
ยกตัวอยู่แนวกลาง ไม่บวมแดง

- คอทั้งสองข้างสมมาตรกัน อยู่แนวกลางลา
ตัว ไม่มีก้อน ไม่มีรอยแผลเป็น กดไม่เจ็บ

- ไม่มีการโป่งพองของเส้นเลือดดำที่คอ

- ต่อมไทรอยด์ไม่โต ไม่มีการอักเสบ
บวมแดง คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

2. ทรวงอก ปอด ระบบหัวใจและหลอดเลือด หน้าท้อง

- ทรวงอก ไม่มีรอยโรค ผื่น แผล รูปร่างปกติ
ไม่มีอกถึง อกบวม อกไก่

- ทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันขยายและ
หดกลับเท่ากันทั้งสองข้าง

- การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง

- อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที จังหวะการ
หายใจสม่ำเสมอ

- เสียงหายใจปกติ ทั้งสองข้าง

- ไม่พบการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ มองไม่
เห็นเส้นเลือด

- ไม่มีการโป่งพองของ great vessel การ
หายใจปกติ คลำไม่พบ thrill

- เสียง S1 และ S2 ปกติ ไม่พบเสียง
murmur

- อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้ง/นาที
จังหวะสม่ำเสมอ ไม่พบการเต้นที่ผิดปกติ

- หน้าท้องแบนราบ สะดือสะอาดไม่โป่งพอง
ผิดปกติ ลำไส้มีการเคลื่อนไหว 5 ครั้ง/นาที

- คลำไม่พบก้อน ไม่พบขอบเขตของตับและ
ม้าม ตับ ม้ามไม่โต กดไม่เจ็บ

3. ระบบประสาท กล้ามเนื้อและกระดูก

- ความรู้สึกตัวปกติ ตื่นตัวอยู่เสมอ ให้ความ
สนใจทั้งตัวเอง สิ่งแวดล้อมและตอบสนองต่อสิ่ง
กระตุ้น

- ไม่พบความผิดปกติของประสาทสมองทั้ง 10
คู่

- สามารถรับรู้ความรู้สึกสัมผัสได้ และชี้จุด
บอกตำแหน่งได้ถูกต้อง

- ข้อบริเวณกระดูกขากรรไกร บริเวณคอ หัวไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อมือ ข้อสะโพก ข้อเท้า และข้อมือเท้าไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ ไม่ตึงแข็ง มี full Range Of Motion และ muscle

strength grade 5

- ข้อบริเวณเข่าซ้ายเวลาขยับมีเสียงกรูบกรับ เล็กน้อย ไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง ไม่มีก้อน มี varus deformity

- แนวกระดูกสันหลังตรง ไม่มีกระดูกสันหลังคด โกงหรือแอ่น

การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

1. แบบแผนการรับรู้และการจัดการกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง 10 ปี รับประทานยาเป็นประจำไม่เคยขาด ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม แพทย์จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และแนะนำให้ผู้ป่วยผ่าตัดทำ Total knee arthroplasty โดยให้เหตุผลว่า จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยเห็นด้วย จึงยินยอมรักษาโดยการผ่าตัด

2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ แต่ไม่ตรงตามเวลา ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน ปกติจะดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน มีปัญหาในการเคี้ยวอาหารเนื่องจากใส่ฟันปลอม การกลืนอาหารปกติ

3. แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ปกติผู้ป่วยสามารถขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ได้ตามปกติ

4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยตื่นนอนในเวลา 05.00 น. ทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง หลังจากนั้นทำงานบ้าน เล็กๆน้อยๆ ช่วงที่มีอาการปวดหัวเข่าไม่ค่อยได้ทำงานบ้าน

5. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน ผู้ป่วยจะนอนวันละ 6 ชั่วโมง และจะตื่นนอนในเวลา 05.00 น.

ผู้ป่วยไม่เคยใช้ยานอนหลับ บางวันที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับจะออกมานั่งดูโทรทัศน์หรือทำงานบ้าน

6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ ผู้ป่วยมีการรับรู้ตามสภาพความเป็นจริง ไม่มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด ไม่มีหูแว่ว การได้ยินปกติ ไม่เวียนศีรษะ ผู้ป่วยเรียนหนังสือจบชั้น ป.6 สามารถเขียนและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ มีความจำดี

7. แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเองหรืออัตมโนทัศน์ การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีเป้าหมายต้องดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูสุขภาพที่ดี สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม

8. แบบแผนของบทบาทสัมพันธภาพ ภายในครอบครัวผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี ช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน มีบุตรคอยดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายให้

9. แบบแผนทางเพศและบทบาททางเพศ ปกติ มีบุตรด้วยกันกับสามี 2 คน

10. แบบแผนการปรับตัวต่อความเครียด ผู้ป่วยตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ด้วยตนเอง ผู้ป่วยค่อนข้างวิตกกังวลกับเรื่องสุขภาพ กลัวว่าจะไม่แข็งแรงเหมือนเดิม กลัวเดินไม่ได้ ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับความเครียด โดยพูดคุยกับเพื่อนบ้าน จะทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียด และนอนหลับได้ ขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้และปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ

11. แบบแผนการรับรู้คุณค่าและความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องบาปบุญ เมื่อมีโอกาสจะไปทำบุญที่วัด และช่วยงานบุญเป็นประจำ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

WBC 9,640 cell/cu.m.m, Neutrophil 71.3%, Lymphocyte 18.3%, Monocyte 9.8%, Eosinophil 0.4, Basophil 0.2%, Hct 33.3%

Na 138 mmol/L, K 4.23 mmol/L, Cl 105 mmol/L, CO₂ 21 mmol/L, BS 86 mg/dl, PT 11 sec, INR 1.18, PTT 23 sec

การตรวจพิเศษอื่น ๆ

Chest X- Ray: Normal Cardiothoracic Ratio Is Seen, No Definite Pulmonary



Flim Left Knee: Narrowing of medial
joint space, Varus deformity, Subchondral
EKG: Normal Sinus Rhythm HR=72/min

การวินิจฉัยโรคกระดูก Osteoarthritis Left
Knee
การผ่าตัด Total Knee Arthroplasty Left

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณข้อเข่าข้างซ้าย ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบ่นว่า “ปวดเข่ามากมา 1 เดือน” - ผู้ป่วยเดินทรงตัวได้ไม่ดี เข่าข้างซ้ายโก่ง - มีสีหน้าไม่สุขสบาย หน้ามืดวิงวอด	กิจกรรมการพยาบาล - แนะนำให้พักนอนบนเตียง หากจำเป็นต้องเดินให้ใช้ไม้ค้ำยันช่วยขณะลุกเดิน หรือลุกนั่ง - แนะนำให้ผู้ป่วยนั่งยอง ๆ ทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพราะเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดข้อเข่าเสื่อม ซึ่งทำให้มีอาการปวดเข่าได้ - สังเกตและประเมินอาการปวดจากระดับ pain score - จัดสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้เป็นระเบียบเรียบร้อยสะดวกในการหยิบใช้ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Paracetamol 1 tab oral prn ทุก 4-6 ชั่วโมง - แนะนำให้ผู้ป่วยใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดไปสู่สิ่งอื่น การประเมินผล ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดข้อเข่าลดลง สามารถพักนอนได้ pain score ลดลงอยู่ในระดับ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดครั้งแรก ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน - ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส - ผู้ป่วยถามว่า “ตอนผ่าจะเจ็บมากหรือเปล่า” “หลังผ่าแล้วจะเดินได้ตามปกติไหม ”	กิจกรรมการพยาบาล - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย นั่งสนทนากับผู้ป่วยด้วยท่าที่อ่อนโยน เป็นมิตร ใกล้เคียง พุดคุยด้วยความเป็นกันเอง ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย และแสดงความจริงใจในการช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ และเกิดความไว้วางใจในตัวเอง - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค แผนการรักษาของแพทย์ว่าการผ่าตัดเป็นวิธีที่จะแก้ไขภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้ - อธิบายถึงเหตุการณ์ในเช้าวันผ่าตัดว่าจะมีเจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดไปรับผู้ป่วยด้วยเปลนอน ก่อนเวลานัดทำผ่าตัดประมาณ 30 นาที เมื่อถึงห้องผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดจะออกมารับผู้ป่วยเข้าไปรอในห้องผ่าตัด ขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึก ทำให้ไม่เจ็บปวดตลอดระยะเวลาการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด - อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด - เตรียมความพร้อมร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดผิวหนังทั่วร่างกาย - แนะนำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะการพักผ่อนอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยสดชื่นไม่อ่อนเพลีย ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย - แนะนำให้ถอดสิ่งของมีค่า เช่น สร้อยคอ แหวน ที่ติดตัวผู้ป่วยออกก่อนที่จะไปห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดรอยไหม้ขณะทำผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์ใช้เครื่องมือ

	ไฟฟ้า และป้องกันการสูญหาย 4.4 การเซ็นใบยินยอมผ่าตัด 4.5 การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการอาเจียนสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลม ขณะผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิตได้ 4.6 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 4.7 แนะนำให้ถอดฟันปลอม ชุดชั้นใน และของมีค่าต่าง ๆ ผากไว้กับญาติก่อนไปห้องผ่าตัด 4.8 การทำความสะอาดผิวหนังโดยการโกนขนบริเวณขาซ้ายทั้งหมด 5. อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ดังนี้ 5.1 หายใจเข้าออกลึก ๆ โดยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี ป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด 5.2 ออกกำลังกาย โดยเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายเพื่อป้องกันข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือลีบจากการใช้นานน้อย ให้บริหารร่างกายทุกวัน โดย 5.2.1 ในวันที่ 2-3 หลังผ่าตัด ให้ค่อย ๆ งอ และเหยียดขาประมาณ 20-30 องศา และให้งอมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ 5.2.2 ตั้งแต่วันที่ 3 หลังผ่าตัดจะใช้เครื่องเหยียดงอขาต่อเนื่องอัตโนมัติ โดยทำที่ห่อผู้ป่วยสามัญ เพื่อช่วยเหยียดและงอขาเริ่มจาก 0-50 องศา และเพิ่มขึ้นวันละ 10 องศา ทำวันละ 2-4 ชั่วโมง จนสามารถเหยียดและงอขาได้ตามปกติ และจะส่งผู้ป่วยไปหัดเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ หรือ walker ช่วยในการเดินที่แผนกกายภาพบำบัด 5.3 พลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ 5.4 ให้ลุกนั่งเร็ว หรือลุกเคลื่อนไหวร่างกายจะทำให้การไหลเวียนโลหิต และอวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ได้ดี จะช่วยให้แผลดีดี หายเร็ว ท้องไม่อืด และไม่เกิดแผลกดทับ 5.5 บริเวณแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดจะมีท่อระบายต่อออกจากบริเวณแผลผ่าตัด ต่อลงขวดสุญญากาศ เพื่อเป็นการระบายเลือดและน้ำเหลืองที่ยังตกค้างอยู่ในแผลผ่าตัดออกมา ทำให้แผลผ่าตัดแห้งดีและหายเร็ว ที่เขาจะพันสำลีม้วนใหญ่ปิดทับแผลผ่าตัดเพื่อให้เลือดหยุดไหล ลดอาการบวม และปวดของเข่า และจะนำสำลีออกหลังผ่าตัดประมาณวันที่ 3-5 ส่วนแผลผ่าตัดให้ดูแลระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ ไม่ให้แกะเกาแผลเพราะจะทำให้แผลติดเชื้อได้ 6. ปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนผ่าตัด สามารถทำผ่าตัดได้ ความดันโลหิตไม่สูง 8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ พร้อมทั้งสังเกตการแสดงออก ท่าที คำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนความผิดปกติทางด้านร่างกาย ในขณะที่ผู้ป่วยซักถามปัญหา หรือพยาบาลตอบปัญหาแก่ผู้ป่วยในขอบเขตที่สมควร การประเมินผล ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่นแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี และสามารถปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
การพยาบาลระยะรอผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายขณะรอผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยนอนกระสับกระส่ายพลิก	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลความสุขสบายทั่วไป โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนท่าที่สบาย ห่มผ้าให้ความอบอุ่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถได้ตามสมควร 2. ดูแลสภาพแวดล้อม โดยจัดให้มีบรรยากาศสงบ สบาย ดูแลให้มีแสงสว่างพอเหมาะ ปรับอุณหภูมิของห้องพักรอดูอาการให้เหมาะสม



ตะแคงตัวไปมา	การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย สามารถหลับพักผ่อนได้ขณะรอผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มี โอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการปวดขาทั้งสองข้าง 2. ในตารางการผ่าตัดประจำวันมีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอยู่ 2 ราย และเป็นแพทย์คนเดียวกันทำผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ระบุตัวผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตรวจสอบตำแหน่ง/ข้างที่ทำผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย ทีมแพทย์ และทีมวิสัญญี ก่อนที่ให้อาหารรับประทาน 2. ตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่มากับผู้ป่วย เช่น film X-Ray ให้ตรงกับชื่อ นามสกุลของผู้ป่วย 3. ทำ Sign In ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้อง ทำการ Time Out ก่อนเริ่มผ่าตัดและ Sign Out หลังผ่าตัดเพื่อเป็นการระบุดูตัวผู้ป่วย โดยระบุชื่อ สกุล อายุ ชนิดของการผ่าตัดตำแหน่ง/ข้างที่จะทำผ่าตัด แพทย์ผู้ทำผ่าตัด การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง ตรงตามแผน การรักษา มีการ Sign In ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้อง ทำการ Time Out ก่อนเริ่มผ่าตัดและ Sign Out หลังเสร็จผ่าตัด เพื่อเป็นการระบุดูตัวผู้ป่วย และมีการบันทึกการระบุดูตัวผู้ป่วยในแบบรายการผ่าตัดปลอดภัย
การพยาบาลระยะผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มี โอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีพิพัตการเคลื่อนไหวจำกัด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค โดยสามารถงอเข้าได้เพียง 30 องศาเมื่อมีการงอเข้ามากกว่านี้ผู้ป่วยจะมีอาการปวด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย 2. เตรียม pad slide เพื่อช่วยในการเคลื่อนย้าย 3. คอยดูแลและให้ความช่วยเหลือในขณะเคลื่อนย้าย 4. เตรียมทีม 2 คนในการเคลื่อนย้ายและมอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจนโดยดูแลบริเวณศีรษะแขน 1 คน อีก 1 คนดูแลบริเวณไหล่ทั้งสองข้าง การประเมินผล ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มี โอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการจัดทำผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยอายุค่อนข้างมาก ผิวหนังเริ่มหย่อนคล้อย มีความตึงตัวน้อยลง 2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน นอนกดทับปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน 3. ทำที่จัดมีการขึ้นขาและกางแขนเป็นเวลานาน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจสอบตำแหน่งและท่าที่จะใช้ในการผ่าตัดให้ถูกต้อง คือ จัดผู้ป่วยนอนตะแคงตรงๆ ไม่ให้หงายไปข้างหลังหรือคว่ำไปข้างหน้าขณะทำผ่าตัด 2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยในการจัดทำ 3. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและเหมาะสมกับผู้ป่วยได้แก่ หมอนเจล หมอนรองปุ่มกระดูก 4. เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าไขสันหลัง บอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนจัดทำ 5. ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลร่วมในการจัดทำ 6. จัดทำด้วยความนุ่มนวล ระวังไม่ให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายธรรมชาติมากเกินไป 7. ระวังอย่าให้เกิดรอยขีดข่วนที่ตัวผู้ป่วยจากเล็บของพยาบาล หรือส่วนที่เป็นโลหะของเตียง 8. ระวังไม่ให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายสัมผัสกับส่วนที่เป็นโลหะของเตียง และแขนขาของผู้ป่วยไม่ให้ตกจากเตียง ตรวจสอบแนวโครงสร้างของร่างกายให้อยู่ในสภาพถูกต้อง คอท่านอนเอนอยู่ในแนวเดียวกัน แขนขาออกด้านข้างไม่เกิน 90 องศา หงายมือขึ้นเพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาทอัลนา 9. ใช้ผ้านุ่มรองอุปกรณ์ที่ช่วยในการจัดทำ การประเมินผล ไม่มีรอยแดงหรือถลอกตามปุ่มกระดูก ไม่เกิดแผลกดทับจากการจัดทำ การรับรู้ความรู้สึก

	ของร่างกายไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่เกิดอันตรายต่อเส้นประสาท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าในการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. มีการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าในการผ่าตัด 2. มีการล้างชำระบาดแผลด้วยน้ำเกลือล้างแผล ทำให้เกิดความเปียกชื้นของผิวหนัง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินปัจจัยเสี่ยง สํารวจจากสภาพของผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนี้ 2. ปฏิบัติตามคู่มือการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าอย่างเคร่งครัด 3. เตรียมและดูแลเครื่องใช้ไฟฟ้า แผ่นสื่อนำไฟฟ้า สายไฟ และปลั๊กให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน และ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดการผ่าตัดและปลอดภัยตลอดเวลา 4. การวางแผ่นสื่อนำไฟฟ้าบนร่างกายของผู้ป่วย โดยเลือกบริเวณกว้าง เรียบ มีกล้ามเนื้อและใกล้กับบริเวณที่ทำผ่าตัด ไม่วางบริเวณที่มีไขมัน แผลเป็น มีขนมาก และบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ โทนสีของผิวหนังบริเวณที่วางแผ่นนำไฟฟ้า 5. เตรียมผิวหนังผู้ป่วย บริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าให้แห้ง 6. ชั่วไฟฟ้าหรือหัวจี้ไฟฟ้าเมื่อยังไม่ใช้งานเก็บไว้ในกระบอกพลาสติกหรือที่วางเพื่อความปลอดภัยไม่ให้ชั่วไฟฟ้าหรือหัวจี้ไฟฟ้าถูกตัวผู้ป่วย 7. เครื่องควบคุมการทำงานของเท้าของเครื่องใช้ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และสะดวกในการใช้งานเพื่อป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน 8. ตรวจสอบเครื่องใช้ไฟฟ้ามีสัญญาณไฟเมื่อเปิดเครื่องใช้งาน และตั้งกระแสไฟฟ้าในระดับที่ผู้ป่วยต้องการเท่านั้นโดยการตั้งกระแสไฟฟ้าในระดับที่ต่ำไว้ก่อนแล้วจึง ตั้งในระดับที่สูงขึ้น 9. บันทึกตำแหน่งที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า สภาพของผิวหนังก่อนและหลังการใช้งาน เพื่อตรวจสอบภาวะผิวหนังไหม้จากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า 10. สังเกตและบันทึกอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า เช่น รอยไหม้พุพอง การบวมแดง หรือรอยถลอก การประเมินผล ผิวหนังไม่มีตุ่มพอง รอยแดงหรือรอยไหม้ ขณะใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าการเต้นของชีพจร 60-120 ครั้ง/นาที ไม่มีรอยแดงไหม้จากแผ่นสื่อนำไฟฟ้า
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและการสูญเสียโลหิต ข้อมูลสนับสนุน 1. มีการใช้เครื่องมือมีคม และการใช้ Battery power ในการทำงาน 2. หลังการตัดกระดูก Proximal Tibia, Distal Femur มีเลือดออกประมาณ 30 ml	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสรีระข้อเข้า ของผู้ป่วยเพื่อประกอบการเลือกขนาดของ Oscillating bone saw 2. ในการใช้ Battery power ตรวจสอบ Battery เพื่อให้ power มีประสิทธิภาพในการทำงาน 3. เลือกขนาดของ saw ให้เหมาะสมกับตำแหน่งกระดูกที่ตัด 4. ส่งเครื่องมือด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน 5. ประเมินการสูญเสียโลหิตของผู้ป่วย โดย - บันทึกจำนวนผ้าซับโลหิต - บันทึกปริมาณโลหิตในขวด Suction - สังเกตและประมาณโลหิตที่สูญเสียโดยรอบบริเวณที่ผ่าตัด - ตรวจสอบการทำงานของเครื่องรัดห้ามเลือดจากการสังเกตที่หน้าปัด scale ที่แสดงปริมาณความดันในเครื่องรัดห้ามเลือดต่อการให้การผ่าตัดราบรื่นว่าลดลงหรือไม่ เพื่อให้การผ่าตัดราบรื่นและรวดเร็วไม่มีโลหิตมารบกวนขณะทำผ่าตัด - จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้งอุปกรณ์ในการห้ามเลือด และช่วยแพทย์ห้ามเลือด การประเมินผล



	สูญเสียโลหิตจากการผ่าตัด 30 ml สามารถห้ามเลือดได้ ไม่เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะ ใกล้เคียง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ Prosthesis ในขนาดที่ไม่เหมาะสมกับพยาธิสรีระของผู้ป่วย ข้อมูลสนับสนุน มีการตัดเอาส่วนของกระดูกออกเพื่อใส่ข้อเข้าเทียมทดแทน	กิจกรรมการพยาบาล 1. จากการที่มีการตัดกระดูกแต่ละส่วน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของกระดูกและเครื่องมือที่ได้มาตรฐานวัดด้วยความแม่นยำ เพื่อให้ได้ขนาดของ Prosthesis ที่เหมาะสม 2. ตรวจสอบดูให้ชัดเจนก่อนเปิด Prosthesis และตรวจสอบซ้ำอีกครั้งก่อนส่งให้แพทย์ เพราะถ้าใส่ Prosthesis ที่ขนาดไม่เหมาะสมอาจทำให้ข้อเข้าหลวมเกิดการหลุดได้ง่ายหรือแน่นเกินไปจะทำให้เคลื่อนไหวลำบากหรือทำให้ Prosthesis สึกก่อนเวลา 3. ทบพขนาดของ Prosthesis ยืนยันก่อนส่งให้ศัลยแพทย์ เพื่อให้ได้ขนาดของ Prosthesis ที่เหมาะสมและถูกต้อง การประเมินผล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ Prosthesis ที่ไม่เหมาะสมกับพยาธิสรีระของผู้ป่วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มี โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ Bone cement ข้อมูลสนับสนุน ในการใส่ Prosthesis จำเป็นต้องใช้ Bone cement ช่วยในการยึดไว้กับกระดูกของผู้ป่วย และการใช้ Bone cement ทำให้เกิดความร้อนมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำลง และเกิดการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจสอบความคงสภาพหลอดเชื้อของ Bone cement ก่อนเปิดใช้งาน 2. ตรวจสอบการให้สารน้ำที่เพียงพอ โดยให้ 0.9%NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr 3. ก่อนเชื่อมต่อข้อเข้าเทียมกับ Bone cement ดูแลล้างโพรงกระดูกเพื่อลดไขมัน 4. ให้สัญญาณโดยขานเสียงก่อนเชื่อมต่อข้อเข้าเทียมกับ Bone cement เพื่อให้ทีมเตรียมเผื่อระงับอาการเปลี่ยนแปลง 5. ฉีดน้ำที่ Bone cement หลังจากเชื่อมต่อข้อเข้าเทียม เมื่อ Bone cement มีอุณหภูมิสูงขึ้นโดยทดสอบจากอุณหภูมิของ Bone cement ที่เหลืออยู่ เนื่องจาก Bone cement เป็นสารสังเคราะห์ มีส่วนประกอบของ Methyl-methacrylate กับ Mono-mer ซึ่งเป็นของเหลวเมื่อผสมกันจะเกิดปฏิกิริยาทางเคมี ทำให้เกิดความร้อนเส้นเลือดจะขยายตัว ส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง และน้ำช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความร้อน การประเมินผล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ Bone cement ความดันโลหิต 128/90-130/84 มิลลิเมตรปรอท
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มี โอกาสเสี่ยงจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ประวัติรับประทานยาละลายลิ่มเลือด 2. INR 1.18 3. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมข้างซ้าย หลังผ่าตัดมีการ Off Tourniquet	กิจกรรมการพยาบาล 1. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากแผล ถ้าแผลซึมมาก มีการเสียเลือดจากแผลและท่อระบายเลือดมากกว่า 200 ml ใน 1 ชั่วโมง Hct น้อยกว่า 30% ให้ PRC 1 unit ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr และให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด 3. ประเมินสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย 4. ดูแลขดระบายเลือดให้เป็นระบบสัญญาณปิดเสมอ 5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนคงที่ การประเมินผล มีเลือดซึมออกจากแผลและท่อระบายเลือด 20 ml ปัสสาวะออก 100 ml ใน 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพ ชีพจร 84 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/94 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบฉีดยาเข้าไขสันหลัง 2. ผู้ป่วยมีระยะของการผ่าตัดที่นาน 1 ชั่วโมง 40 นาที 3. อุณหภูมิของห้องผ่าตัดที่หนาวเย็น 18-20 องศาเซลเซียส 4. มีการล้างแผลประมาณ 2,000 ml	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายของผู้ป่วย โดยการห่มผ้าให้ผู้ป่วยเปิดเผยร่างกายเฉพาะบริเวณที่ทำการผ่าตัด เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดภายในร่างกายดีขึ้น 2. ปูแผ่นรองนอนให้ความอบอุ่น Inditherm ตั้งอุณหภูมิที่ 40 องศา เพื่อช่วยให้ร่างกายอบอุ่น ไม่มีอาการตัวเย็น 3. ช่วยเหลือสนับสนุนการผ่าตัดให้รวดเร็วขึ้น โดยพยาบาลส่งเครื่องมือส่งเครื่องมือได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอนของการผ่าตัดและพยาบาลช่วยเหลือนอกให้การช่วยเหลือสนับสนุนเครื่องมือเครื่องใช้เมื่อทีมผ่าตัดต้องการ เพื่อช่วยให้ร่างกายอบอุ่น ไม่มีอาการตัวเย็น 4. ดูแลให้ร่างกายผู้ป่วยในสภาพที่แห้งและสะอาด เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดภายในร่างกายดีขึ้น 5. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ หนาวสั่น ปลายมือปลายเท้าซีด Oxygen Saturation ต่ำ เพื่อเพิ่มความอบอุ่นให้แก่ผู้ป่วย 6. หลังการผ่าตัดเสร็จเช็ดตัวของผู้ป่วยให้แห้งสะอาด แล้วห่มผ้าให้ผู้ป่วย 7. เมื่อเริ่มเย็บปิดแผลปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้สูงขึ้นที่ 25 องศาเซลเซียส เพื่อเพิ่มอุณหภูมิห้องให้อยู่ในอุณหภูมิปกติ การประเมินผล ไม่พบอาการหนาวสั่น ปลายมือปลายเท้าไม่ซีด Oxygen Saturation = 98%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการเคลื่อนย้าย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเป็น Spinal block ทำให้ร่างกายไม่มีความรู้สึกตั้งแต่ระดับเอวลงไป	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดไปห้องพักฟื้นอย่างระมัดระวัง 2. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทันทีหลังจากเคลื่อนย้ายลงเปลนอน 3. ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดูแลแขนขาของผู้ป่วยไม่ให้ยื่นออกมานอกเปลนอน การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

สรุปและอภิปรายผล

การทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty) เป็นการผ่าตัดใหญ่มีขั้นตอนยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้เครื่องมือพิเศษโดยเฉพาะและใช้เวลาในการผ่าตัดยาวนานพอสมควร เพื่อผ่าตัดแก้ไขภาวะข้อเข่าเสื่อม ขาที่คดโก่งผิดรูป หลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ฉะนั้นถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องผู้ป่วยจะมีอาการข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ บวม และปวดขามากขึ้น จนกระทั่งกระทั่งเดินไม่ไหว หรืออาจเดินไม่ได้และส่งผลให้เกิดความพิการตามมา ซึ่งก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วย และญาติทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และมีเป็นภาระส่วน

หนึ่งของสังคม เมื่อผู้ป่วยรายนี้เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะข้อเข่าเสื่อม ต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนโดยทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย และมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่เคยมีความรู้ ความเข้าใจ และไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาก่อน จึงมีความกลัว ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลสูง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียด ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ การรับรู้และเข้าใจในข้อมูลต่างๆ เป็นไป



อย่างซ้ำๆ พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะและเวลาในการให้คำแนะนำ อธิบายและช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นเวลานาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยรายนี้ไม่ค่อยกระตือรือร้นที่จะบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อเข่า เพราะกลัวเจ็บจึงต้องให้ความรู้ถึงประโยชน์ของการบริหารกล้ามเนื้อ

ขาและข้อเข่าหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันและข้อติดแข็ง ทั้งยังแจ้งผู้ป่วยถึงแผนการรักษาของแพทย์ว่ามียาบรรเทาปวดและมี cold pad ประคบเข่าเมื่อปวด ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อขาทุก 1-2 ชั่วโมง โดยแนะนำญาติที่มาดูแลให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด³⁻⁶

เอกสารอ้างอิง

- 1.ขวัญสุวิทย์เอภิจันทรเมธากุล,สุวรรณศรีสร้อยสงค์, บุศริน เอี้ยวสีหยก. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ; 29: 223-38.
- 2.นงพิมล นิमितอนันท์. (2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย. วารสารพยาบาลทหารบก; 15(3): 185-94.
- 3.ทาริกา บุญประกอบ. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต): จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 4.ศรนรินทร์ เชิดทวีทรัพย์ และวีระชัย ไควสุวรรณ. (2558). Clinical Practice Guideline for Knee Osteoarthritis. ตำรา ศัลยศาสตร์ข้อเข่าเทียม. บริษัทโฮลิสติก แพบลิชชิง จำกัด; 97-08.
- 5.ศิวดล วงศ์ศักดิ์,วิโรจน์ กวิลวงศ์โกวิท. (2558). Preoperative Evaluation and Planning.ตำรา ศัลยศาสตร์ข้อเข่าเทียม. บริษัทโฮลิสติก แพบลิชชิง จำกัด; 142-58.
- 6.สุวรรณศรี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภณทิรชา เฟื่องทอง,เฝุสดี สระทอง. (2562). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. นครศรีธรรมราช; 33 (2): 197-10.

การศึกษาปัญหาการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ ในด้านมูลค่าการใช้ยาของ โรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมา

A study of problems with corticosteroid and bronchodilator use in terms of cost of Debaratana Nakhonratchasima hospital.

(Received: September 18,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

สำราญ โปะสูงเนิน¹
Sumran Posungnoen*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ว่าเพราะเหตุใดมูลค่าการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ จึงมีมูลค่าสูงมากในแต่ละปีงบประมาณ และเภสัชกรจะมีบทบาทอย่างไรในการช่วยลดมูลค่าการใช้ยารวบรวมข้อมูลการได้รับยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ทุกวัย ย้อนหลัง 5 ปีงบประมาณ (1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2565) จำนวน 396, 438, 480, 507 และ 532 รายตามลำดับ นำมาเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วย ความถี่ในการเข้ารับบริการ ปริมาณยาและมูลค่ายา โดยใช้โปรแกรมย่อยที่เขียนคำสั่งเพิ่มเติมขึ้นเองด้วยภาษา Structured Query Language (SQL) ร่วมกับรายงานมาตรฐานบางส่วนของโปรแกรมระบบงานบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล (HOSxP)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาด้วยค่าเฉลี่ยที่ 3.9 ครั้ง/คน/ปี รับยา 9.4 ขวด/คน/ปี หรือครั้งละ 2.4 ขวดผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาซ้ำ(re-visit) ในเดือนเดียวกัน เฉลี่ย 67 คน/ปี 163 ครั้ง/ปี มูลค่ายา 195,080 บาท/ปี ผู้ป่วยนอกกลับบ้านแล้ว อาการไม่ดีขึ้น จำเริญหนักจนต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน(IPD) ในเดือนถัดไปเฉลี่ย 22 คน/ปี 52 ครั้ง/ปี มูลค่ายา 66,631/ปี ผู้ป่วยในจำหน่ายแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือกำเริบ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกในเดือนถัดไป เฉลี่ย 24 คน/ปี 51 ครั้ง/ปี มูลค่ายา 58,757 บาท/ปี

คำสำคัญ ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ มูลค่ายา ปัญหาการใช้ยา

ABSTRACT

This research was survey research aimed to Analyzing the significantly high value of using bronchodilator inhalers combined with corticosteroids and the role of pharmacists in reducing the usage costs. Collecting data on inhaled corticosteroid-combination inhaler usage among both outpatient and inpatient patients at Debaratana Nakornratchasima hospital for the past 5 years (October 1, 2017 - September 30, 2022), with totals of 396, 438, 480, 507, and 532 patients, respectively. Comparing patient numbers, service frequency, medication quantities, and medication costs using self-developed Structured Query Language (SQL) programs along with certain standard reports from the hospital's healthcare system (HOSxP).

The research results found that outpatients were admitted for treatment an average of 3.9 times per person per year, receiving 9.4 bottles per person per year, or 2.4 bottles per visit. On average, outpatients revisited in the same month 67 times per year, totaling 163 visits per year, 195,080 baht per year. Outpatients whose condition did not improve required admission as inpatients in the following month, averaging 22 cases per year, 52 times per year, 66,631 baht per year. Discharged inpatients later returned as outpatients due to exacerbation or relapses, averaging 24 cases per year, with 51 outpatient visits per year and a medication cost of 58,757 baht.

Keywords corticosteroid and bronchodilator, cost, medication problems

¹ โรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมา

บทนำ

ยารักษาโรคเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่นอกเหนือจากอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยมีความสำคัญต่อการดำรงชีพของมนุษย์อย่างยิ่ง เมื่อยาเป็นสิ่งจำเป็นเป็นที่ขาดไม่ได้และอัตราการใช้สูงตามจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น มูลค่าการใช้จ่ายจึงสูงตามไปด้วย จากการศึกษาในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2562¹ พบว่ามูลค่าการบริโภคนายาในปี 2543, 2544 และ 2553 เท่ากับ 70.8 พันล้านบาท, 66.0 พันล้านบาท และ 144.6 พันล้านบาท ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเฉพาะการใช้นายาในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข² พบว่ามูลค่ายาใช้ไปในปีงบประมาณ 2562 ของสถานบริการ 907 แห่ง เท่ากับ 35,333,133,421.84 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.40 ของรายจ่ายหมวดวัสดุ ปีงบประมาณ 2563 สถานบริการ 896 แห่ง มูลค่า 35,930,413,687.23 บาท (ร้อยละ 39.13) ปีงบประมาณ 2564 สถานบริการ 898 แห่ง เท่ากับ 41,583,508,896.17 บาท (ร้อยละ 38.30) และปีงบประมาณ 2565 สถานบริการ 900 แห่ง มูลค่า 43,862,080,236.26 บาท (ร้อยละ 35.61) ค่าเฉลี่ยของร้อยละทั้ง 4 ปีสูงถึงร้อยละ 38.11 ซึ่งมากกว่า 1 ใน 3 ของรายจ่ายค่าวัสดุทั้งหมดของแต่ละปีงบประมาณ

มูลค่าการใช้จ่ายที่สูงมากนี้เป็นตัวแปรหลักประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบโดยตรงกับวิกฤตทางการเงินการคลังของโรงพยาบาล แม้ว่าโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมามีจะไม่เกิดวิกฤตทางการเงินการคลังขึ้น ทว่ามูลค่ายาใช้ไปตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ถึง 2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี² กล่าวคือมีมูลค่า 44,261,241.77 บาท 57,164,114.39 บาท 61,442,792.41 บาท และ 74,837,195.73 บาท ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยทั้ง 4 ปีคิดเป็นร้อยละ 25 ของค่าวัสดุทั้งหมดของโรงพยาบาล

โดยยาที่มีมูลค่าการใช้สูงมากในแต่ละปีคือยารักษาโรคหืด

โรคหืดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยในทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชั้นวรรณะ จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์บันทึกว่า สมเด็จพระนารายณ์มหาราชทรงมีโรคประจำตัวคือโรคหืด³ เป็นปัญหาใหญ่ด้านสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทั้งในแง่สุขภาพและด้านค่าใช้จ่าย โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี 2562 มีผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 262 ล้านคน เป็นสาเหตุนำมาซึ่งการเสียชีวิตมากกว่า 455,000 คน⁴ ในประเทศไทยพบโรคหืดในเด็กร้อยละ 10-12 และร้อยละ 6.9 ในผู้ใหญ่ หรือคิดเป็นร้อยละ 23.7 ของผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง⁵ มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหืดสูงถึงวันละ 8-9 ราย เท่ากับ 3,142 รายต่อปี หรือ 3.42 ต่อแสนประชากร⁶ อันดับการเสียชีวิตด้วยโรคนี้อยู่ลำดับที่ 96 จาก 183 ประเทศทั่วโลก⁷

โรคหืดถูกเข้าใจผิดมานานนับ 1,000 ปีว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ควรต้องเป็นไปตลอดชีวิต กระทั่งสมัยศตวรรษที่ 17 และ 18 จึงเริ่มมีความเข้าใจมากขึ้นว่าโรคหืดเกิดจากการหดตัวของหลอดลม และสามารถรักษาโรคหืดด้วยยาได้ ภายหลังปี พ.ศ. 2503 จึงพบว่าโรคหืดเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมโดยหลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ ทำให้หลอดลมเกิดการหดเกร็ง หลังมูกในหลอดลมออกมาจำนวนมาก รวมทั้งมีการบวมของผนังหลอดลม ส่งผลให้หลอดลมตีบแคบ ผู้ป่วยจึงหอบเหนื่อย หายใจลำบาก แน่นหน้าอก ไอ หายใจมีเสียงหวีด ซึ่งอาการเหล่านี้อาจหายได้เองหรือเมื่อได้รับการรักษาด้วยยา ปัจจุบันพบว่าหากการอักเสบของหลอดลมเกิดขึ้นเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมอย่างถาวรทั้งรูปร่างและการทำงาน สมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคหืด

จะต่ำกว่าปกติ และมีหลอดลมที่ไวต่อสิ่งกระตุ้นอย่างถาวร แม้ว่าการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมร่วมกับยาต้านการอักเสบจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดมีอาการดีขึ้น แต่จำเป็นต้องใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพื่อควบคุมอาการกำเริบของโรค รวมทั้งยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ทำให้เกิดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมากในสถานพยาบาล

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืดมักมีมูลค่าสูง รวมถึงเกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจหากผู้ป่วยต้องหยุดงานเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ค่าใช้จ่ายของประเทศสหรัฐอเมริกาในการรักษาผู้ป่วยโรคหืด⁸ ปี พ.ศ. 2533 อยู่ที่ประมาณ 6.2 พันล้านดอลลาร์ โดยมีค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์ที่สูงที่สุดคือค่าบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล มูลค่าถึง 1.6 พันล้านดอลลาร์ สำหรับประเทศไทยค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหืดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์)⁹ ร้อยละ 47.2 เป็นค่ายา รองลงมาคือด้านค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 13.5 ถ้ามีการเฝ้าระวังและใช้ยาสูดพ่นนี้ให้ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลได้ประมาณ 460,000 บาท/ปี¹⁰

โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด M1 ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงได้ทุกระดับ ส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วยการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาหลักที่ให้ผลการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดเป็นยาจำเป็นแต่มีราคาสูงถึงขวดละ 700 บาท เพราะประเทศไทยไม่สามารถผลิตยาได้เอง ต้องนำเข้าจากต่างประเทศเท่านั้น จากกระบวนงานการใช้จ่ายของโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาพบว่า มูลค่าการใช้จ่ายยาการนี้ติดอันดับสูงมากเป็น 1 ใน 3 ของยาที่มูลค่าการใช้สูงสุด 20 อันดับแรกมาตลอด 5 ปี

ย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2561 ถึง 2565) และมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2563 มีมูลค่าการใช้นี้สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของยาที่ใช้ไปทั้งหมดที่ 2,756,519 บาท สิ้นปีงบประมาณ 2564 มูลค่าการใช้เพิ่มขึ้นอีกกว่า 460,000 บาท เป็น 3,216,810 บาท แม้ปีงบประมาณ 2565 มูลค่าการใช้จะตกลงมาอยู่ลำดับที่ 3 เป็นเพียงเพราะมีการใช้วัคซีนและยารักษาโรคโควิด-19 ซึ่งมีมูลค่ารวมสูงกว่ามาแทนที่เพียงชั่วคราวเท่านั้น

ดังนั้น หากสถานการณ์ยังคงดำเนินเช่นนี้ต่อไป โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาอาจเกิดวิกฤตทางการเงินการคลังขึ้นได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ว่าเพราะเหตุใดมูลค่าการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์จึงมีมูลค่าสูงมากในแต่ละปีงบประมาณ
2. เพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติของเภสัชกรในการช่วยลดมูลค่าการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์

ขอบเขตของการศึกษา

1. สถานที่ (Place): ศึกษาการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ ที่จ่ายออกจากกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
2. ประชากรที่ศึกษา (People): ผู้รับ บริการ ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ทุกราย ซึ่งได้รับการส่งจ่ายยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์
3. ตัวแปรที่ศึกษา (Variables): จำนวนผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาซ้ำ (re-visit), จำนวนผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาซ้ำ, ความถี่ในการเข้ารับการรักษา, จำนวนยาสูดพ่นที่ผู้ป่วยได้รับ และมูลค่ายาสูดพ่นในแต่ละปี งบประมาณ



4. ระยะเวลาที่ศึกษา (Time): 5 ปี ตั้งแต่
ปีงบประมาณ 2561 ถึง 2565 หรือ 1 ตุลาคม
2560 ถึง 30 กันยายน 2565

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ
(Quantitative research) เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้
มูลค่าการใช้จ่ายยาเสพติดของโรคหอบหืด
เรื้อรังในผู้ป่วยโรคหอบหืดสูงมากในทุกๆ ปี ตลอด
ระยะเวลา 5 ปีงบประมาณย้อนหลัง จึงจำเป็นต้อง
ใช้ข้อมูลการได้รับยาเสพติดรักษาโรคหอบหืดที่จ่ายออก
จากกลุ่มงานเภสัชกรรมให้กับผู้รับบริการหรือผู้ป่วย
ทุกราย ทั้งในด้านจำนวนขวดยาที่ได้รับ จำนวน
ครั้งที่จ่ายหรือความถี่ที่ได้รับยา และมูลค่ายาที่
ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับไปในแต่ละปี โดยไม่ได้กล่าวถึง
ไปถึงข้อมูลการเจ็บป่วยส่วนบุคคล ข้อมูลระดับ
ความรุนแรงของโรคหอบหืด หรือข้อมูลการรักษาของ
แพทย์แต่อย่างใด

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิง
สำรวจ (Survey research) โดยรวบรวมข้อมูลการใช้
ยาเสพติดของโรคหอบหืดเรื้อรัง
ของผู้ป่วยทุกราย ย้อนหลัง 5 ปีงบประมาณ ตั้งแต่
1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2565 นำมา
เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วย ปริมาณการใช้จ่าย มูลค่า
การใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของแต่ละ
ปีงบประมาณ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้รับบริการ
หรือผู้ป่วยโรคหอบหืดทุกราย ที่เข้ารับบริการตรวจรักษา
ในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ทั้งที่รับไว้เป็น
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และได้รับการจ่ายยาเสพติด
ของโรคหอบหืดเรื้อรังจากกลุ่มงาน
เภสัชกรรม ตามข้อมูลการจ่ายยาที่ปรากฏอยู่ใน
โปรแกรมงานบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล
(hospital information system, HOSxP) ดังนี้
ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 396 ราย

ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 438 ราย

ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 480 ราย

ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 507 ราย

ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 532 ราย

เครื่องมือวิจัย

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมย่อยที่เขียน
คำสั่งเพิ่มเติมขึ้นเองด้วยภาษา Structured Query
Language (SQL) โดยผู้ดูแลโปรแกรมระบบงาน
บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล (HOSxP)
ร่วมกับระบบรายงานมาตรฐานการใช้จ่ายที่มีอยู่แล้ว
บางส่วนในโปรแกรม HOSxP เพื่อดึงข้อมูลการใช้จ่าย
ยาเสพติดของโรคหอบหืดเรื้อรัง
ออกมาเก็บเข้าแบบบันทึกข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์
ต่อไป

วิธีการรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลการได้รับยาเสพติดของโรคหอบหืดเรื้อรัง
ย้อนหลัง 5 ปี
ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2565 โดย
เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วย ปริมาณการจ่ายยานี้ของ
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังนี้

1. พิมพ์รายงานสรุปยอดการใช้เวชภัณฑ์ยา
ตามมูลค่าการใช้ 20 อันดับแรก จากโปรแกรมงาน
บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล (HOSxP)
ย้อนหลัง 5 ปีงบประมาณ

2. สืบค้นหมายเลขโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก
(hospital number, HN) และหมายเลขผู้ป่วยใน
(admission number, AN) ซึ่งได้รับยาเสพติดของโรคหอบหืดเรื้อรัง
จากนั้นเข้ารหัสหมายเลข HN และ AN เพื่อให้
ข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ ข้อมูลที่นำมาใช้มีเฉพาะ
เลข HN, AN วันที่ได้รับยาหรือวันที่รับเข้าเป็นผู้ป่วย
ใน จำนวนยา และมูลค่ายาเท่านั้น ไม่กล่าวถึงไปถึง
ข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วยรวมทั้งของแพทย์
ผู้ทำการรักษาแต่อย่างใด

3. นำข้อมูลที่เข้ารหัสแล้วนี้ ไปวิเคราะห์
ข้อมูลจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วย

นอก ผู้ป่วยใน และความถี่หรือปริมาณยาสูดพ่นที่ได้รับในผู้ป่วยแต่ละราย

4. สืบค้นข้อมูลการจัดซื้อและรับยาเข้าคลังเวชภัณฑ์ของยานี้ในแต่ละปีงบประมาณ เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับค่าเบิกจ่ายไปใช้ในภาพรวม เพื่อตรวจสอบความสมเหตุสมผลของปริมาณการใช้ยานี้

5. วิเคราะห์ปัญหาที่พบและสรุปผล

ผลการวิจัย

1. ปริมาณและมูลค่าการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ (formoterol/budesonide 320/9 ไมโครกรัม) เมื่อเปรียบเทียบกับมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดในแต่ละปีงบประมาณ มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีมูลค่าสูงที่สุดในปีงบประมาณ 2564 และติดอันดับ 1 ใน 3 ยาที่มีมูลค่าการใช้สูงที่สุดตลอดทั้ง 5 ปีงบประมาณ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปริมาณและมูลค่าการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ (formoterol/ budesonide 320/9 ไมโครกรัม)

ปีงบประมาณ	จำนวน(ขวด)	มูลค่าการใช้(บาท)	อันดับมูลค่าการใช้ทั้งปี
2561	3,228	2,379,036	2
2562	3,285	2,421,045	2
2563	3,763	2,756,519	1
2564	4,476	3,216,810	2
2565	3,796	2,729,324	3

ผู้ป่วยนอกมารับยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ (formoterol/budesonide) เฉลี่ยปีละ 378 คน 1,487 ครั้ง (3.9 ครั้ง/คน/ปี) 3,538 ขวด (9.4 ขวด/คน/ปี) หรือครั้ง

ละ 2.4 ขวด ผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาลแล้วได้รับยาสูดพ่นนี้เฉลี่ยปีละ 92 คน 136 ครั้ง (1.5 ครั้ง/คน/ปี) 172 ขวด (1.9 ขวด/คน/ปี) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการได้รับยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์(formoterol/ budesonide 320/9 ไมโครกรัม) ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน			รวม		
	คน	ครั้ง	ขวด	คน	ครั้ง	ขวด	คน	ครั้ง	ขวด
2561	315	1,304	3,083	81	112	145	396	1,416	3,228
2562	350	1,462	3,113	88	129	172	438	1,591	3,285
2563	407	1,561	3,628	73	118	135	480	1,679	3,763
2564	399	1,669	4,264	108	156	212	507	1,825	4,476
2565	420	1,441	3,600	112	164	196	532	1,605	3,796
เฉลี่ย/ปี	378	1,487	3,538	92	136	172	471	1,623	3,710

ผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษซ้ำ(revisit) ในเดือนเดียวกัน เฉลี่ย 67 คน/ปี 163 ครั้ง/ปี จ่ายยา

สูดพ่น 268 ขวด/ปี มูลค่ายาที่จ่ายไปเฉลี่ยปีละ 195,080 บาท (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอก ที่มารักษาซ้ำในเดือนเดียวกัน(revisit)

ปีงบประมาณ	คน	ครั้ง	เขต	มูลค่า
2561	64	158	245	178,605
2562	49	108	148	107,892
2563	65	165	243	177,147
2564	99	240	475	346,275
2565	59	145	227	165,483
รวม	336	816	1,338	975,402
เฉลี่ย	67	163	268	195,080

ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษานี้
กลับบ้านไปแล้ว อาการไม่ดีขึ้น จำเริญหนักจนต้อง
เข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยใน(IPD) ในเดือนถัดไป

เฉลี่ย 22 คน/ปี 52 ครั้ง/ปี จ่ายยาสูตร 91 เขต/
ปี มูลค่ายาที่จ่ายไปเฉลี่ยปีละ 66,631 บาท (ตาราง
ที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอก อาการกำเริญเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในเดือนถัดไป

ปีงบประมาณ	คน	ครั้ง	เขต	มูลค่า
2561	25	72	107	78,003
2562	30	75	131	95,499
2563	24	44	82	59,778
2564	20	45	81	59,049
2565	13	34	56	40,824
รวม	112	270	457	333,153
เฉลี่ย	22	54	91	66,631

ผู้ป่วยในจำหน่ายให้กลับบ้านแล้ว อาการ
ไม่ดีขึ้นหรือกำเริญขึ้นใหม่ เข้ารับการรักษากลับเป็น
ผู้ป่วยนอกในเดือนถัดไป เฉลี่ย 24 คน/ปี 51 ครั้ง/

ปี จ่ายยาสูตร 81 เขต/ปี มูลค่ายาที่จ่ายไปเฉลี่ย
ปีละ 58,757 บาท (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายแล้ว เข้ารับการรักษากลับในเดือนถัดไป

ปีงบประมาณ	คน	ครั้ง	เขต	มูลค่า
2561	25	57	93	67,797
2562	13	27	38	27,702
2563	21	42	63	45,927
2564	32	68	128	93,312
2565	31	62	81	59,049
รวม	122	256	403	293,787
เฉลี่ย	24	51	81	58,757

ข้อมูลการจัดซื้อ รับของ เบิกจ่าย ในคลังยาใหญ่(main stock) ของยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสม คอर्टิโค สเตียรอยด์ (formoterol/

budesonide 320/9 ไมโครกรัม) มีแนวโน้มการจ่ายยาออกจากคลังยาสูงขึ้นทุกปี (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบข้อมูลการจัดซื้อ รับของ เบิกจ่าย ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอर्टิโค สเตียรอยด์

ปีงบประมาณ	ยอดยกมา	รับเข้า	จ่ายออก	คงเหลือ
2561	475	3,150	3,013	612
2562	612	3,000	3,330	282
2563	282	4,000	3,898	384
2564	384	3,800	3,906	278
2565	278	4,100	3,962	416

สรุปและอภิปรายผล

สาเหตุที่มูลค่าการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอर्टิโคสเตียรอยด์ (formoterol/ budesonide 320/9 ไมโครกรัม) มีมูลค่าสูงมากในแต่ละปีงบประมาณโดยมีจำนวนยาพ่นที่จ่ายออกจากคลังยาสูงขึ้นเรื่อยๆ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาด้วยความถี่ 3.9 ครั้ง/คน/ปี ซึ่งหากการรักษาดได้ผลหรือควบคุมอาการหืดได้ดีควรมาพบแพทย์ปีละ 2 ครั้ง การได้รับยาพ่นครั้งละ 2.3 ขวด นั้นถือว่าสูงกว่าเกณฑ์ที่ควรจะได้รับคือครั้งละ 1 ขวดรวมกับยาสารองอีก 1 ขวด ผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาล้ำ (revisit) ในเดือนเดียวกันมีแนวโน้มสูงขึ้น ถ้าไม่ควบคุมการจ่ายยาหรือไม่ได้ซักถามปริมาณยาเดิมที่ครอบครองอยู่ก่อนแล้วยังจ่ายยาไปในอัตราเดิม ความสูญเสียมูลค่าในส่วนนี้จะสูงมาก เช่นหากลดปริมาณการจ่ายยาลงร้อยละ 50 จะช่วยประหยัดเงินได้ถึง 487,701 บาท (975,702/2) ปัญหาผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษในเดือนนี้แล้วอาการไม่ดีขึ้นต้องเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยใน(IPD) ในเดือนถัดไปนั้น ถ้าเภสัชกรหรือผู้รับผิดชอบไม่ได้ตรวจสอบประวัติเดิมว่าเดือนที่แล้วผู้ป่วยได้รับยาไปสารองไว้เท่าใด เหลืออยู่เท่าใด เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก็จะได้รับยาในขณะที่เป็นผู้ป่วยในรวมกับยาสารองรอบใหม่เพิ่มขึ้นอีก ส่วนผู้ป่วยในที่พึงจะจำหน่าย

ออกไปแล้วเข้ารับการรักษากลับในเดือนถัดมา เภสัชกรต้องตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการได้รับยาค้างใหม่ นี้ด้วยว่าเป็นเพราะอาการหืดไม่ดีขึ้นอย่างแท้จริงหรือเข้ารับการรักษาดตามนัดเดิมของแพทย์

ปัญหาเชิงระบบที่พบกรณีผู้ป่วยโรคหืดเข้ารับการรักษาดแบบผู้ป่วยนอกและแพทย์ให้การรักษาดจนจบกระบวนการแล้ว ลงความเห็นว่ต้องรับรักษาดตัวไว้เป็นคนไข้ใน(IPD) ตัวโปรแกรมงานบริการรักษาดพยาบาลของโรงพยาบาล (HOSxP) จะส่งข้อมูลจำนวนยาพ่นของผู้ป่วยนอกเข้าไปรวมเป็นยาของผู้ป่วยในด้วย ทำให้มูลค่ายาซ้ำซ้อน ปัญหานี้ผู้วิจัยยังไม่สามารถแสดงตัวเลขความซ้ำซ้อนออกมาได้

บทบาทของเภสัชกรในการช่วยลดมูลค่าการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอर्टิโคสเตียรอยด์ คือ จัดทำระบบการเทียบประสานรายการยาด(Medication Reconciliation) ของยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอर्टิโคสเตียรอยด์ทั้งในรายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ต้องทวนสอบปริมาณยาเดิมที่ผู้ป่วยถือครองอยู่ทุกครั้ง เภสัชกรต้องประสานงานกับศูนย์รับไว้เป็นผู้ป่วยในและเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยใน เพื่อลดปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนของรายการยาดเข้าไปในระบบ เช่นถ้าผู้ป่วยใช้ยาขวดเดิมสุดพ่นในหอผู้ป่วยจะต้องไม่มีการลงรายการยาดเพิ่มเข้าไปในระบบ โดย

บันทึกข้อมูลว่ามีรายการสั่งใช้ยาสูดพ่นนี้แต่ปริมาณเป็น 0 ขวด เป็นต้น

เภสัชกรต้องสะท้อนข้อมูลการกลับเข้ามารักษาซ้ำทั้งของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทราบ เพื่อหาสาเหตุและอาจเปลี่ยนไปใช้ยาตัวใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ T. Bunupuradah¹¹ พบว่าค่ายารายปีของยาสูดพ่นขยายหลอดลมผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์สูตร Fluticasone/Salmeterol วันละ 2 ครั้งร่วมกับ

short acting β_2 agonist (SABA) ในผู้ป่วยโรคหอบหืดระดับปานกลาง/รุนแรง ต่ำกว่ายาพ่นสูตร สูตร Budesonide/Formoterol ถึงร้อยละ 45 และการศึกษาใน 3 ประเทศของ B. Aggarwal¹² พบว่าต้นทุนรวมต่อผู้ป่วยต่อปีเมื่อใช้ยาสูดพ่น Fluticasone/ Salmeterol ร่วมกับ short acting β_2 agonist จะต่ำกว่ายาสูดพ่น Budesonide Formoterol อยู่ที่ร้อยละ 22.8, 44.6 และ 43.0 ในประเทศอินโดนีเซีย ไทย และเวียดนาม ตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการจัดทำรายงานระบบยาของประเทศไทย 2563 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ระบบยาของประเทศไทย 2563 THAI DRUG SYSTEM 2020. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนอรุณการพิมพ์ จำกัด; 2563
2. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการประเมินต้นทุนหน่วยบริการแบบ Quick Method ไตรมาส 4/2565 ไฟล์การคำนวณ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2566].
เข้าถึงจาก: https://hfo65.moph.go.th/book/4การคำนวณ Quickmethod O4Y2565_16112565Update.xlsx
3. สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับโบราณ (ตำราพระโอสถพระนารายณ์). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555
4. World Health Organization. Asthma [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
5. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและบำบัดโรคหืดในผู้ใหญ่สำหรับอายุรแพทย์และแพทย์ทั่วไป พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด; 2566
6. ผู้จัดการออนไลน์. โรคหืด อัตราสูญเสียมากกว่าโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <https://mgronline.com/smes/detail/9640000042786>
7. World Health Rankings. Asthma [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/asthma/by-country/>
8. Kevin B. Weiss, Peter J. Gergen, Thomas A. Hodgson. An Economic Evaluation of Asthma in the United States. The New England Journal of Medicine [อินเทอร์เน็ต]. 2535 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199203263261304>
9. Kittisak Chuesakoolvanich. Cost of hospitalizing asthma patients in a regional hospital in Thailand. Official Journal of the Asian Pacific Society of Respirology [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2007.01032.x>
10. ชนิกานต์ นิลโมจน์, กุลธิดา สุขสวัสดิ์, พิมพ์วรา ต้นเวชศิลป์. มูลค่าความสูญเสียของยาพ่นสูดสูตรผสมระหว่างคอร์ติโคสเตียรอยด์และ β_2 -agonist ชนิด ออกฤทธิ์ยาวที่เกิดจากการครอบครองยาเกินจำเป็นของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. Thai Journal of Pharmacy Practice [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565].
เข้าถึงจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/240430>

11. T. Bunupuradah, Watchara Boonsawat, Jatupum Kamrapit, B. Aggarwal. Direct healthcare cost comparison of Fluticasone propionate/Salmeterol vs Budesonide/Formoterol Maintenance And Reliever Therapy for moderate/severe asthma: Results from Thailand. Randomized Control Trial. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <https://apjai-journal.org/wp-content/uploads/2021/09/AP-180421-1117.pdf>
12. Bhumika Aggarwal, Paul W. Jones, Faisal Yunus, Le Thi Tuyet Lan, Watchara Boonsawat, Afisi Ismaila, and Sibel Asciglu. Direct healthcare costs associated with management of asthma: comparison of two treatment regimens in Indonesia, Thailand and Vietnam. Journal of Asthma [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/02770903.2021.1903915?needAccess=true>



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอด ครั้งแรก โรงพยาบาลลำพูน

Effects of Continuous Labor Support Program on Labor Pain and Childbirth Outcomes among Primiparous Women, Lamphun Hospital

(Received: September 18,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

ทัศนีย์ ศรีสุวรรณ¹

Tassanee Srisuwan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-groups, pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ที่แผนกฝากครรภ์และห้องคลอดโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องในเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ของการคลอด แบบบันทึกระดับความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .001 และ .05 ตามลำดับ การใช้ยาบรรเทาปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีสัดส่วนการใช้ยาเร่งคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง, การเจ็บปวดในระยะคลอด, ผู้คลอดครั้งแรก

ABSTRACT

This quasai-experimental research aimed by a two-groups, pretest-posttest design to investigate the effect of the labor support program on the level of pain and on childbirth outcomes of primiparous in the labor room, Lamphun Hospital. Sample size were 25 normal parturients who received continuous labor support from June to September 2023. The research tools included a labor support program developed by the researcher and data collection forms for demographic data, pregnancy-related information, and childbirth outcomes. Pain perception was assessed using a numerical pain rating scale. Data were analysed by descriptive statistics and independent t-tests.

The results indicated that the group receiving continuous labor support had significantly lower mean pain scores in the active ($p<.01$) and transition phases ($p<.05$) than those who received usual care, The use of pain relief medication was also significantly lower in the continuous labor support group compared to the usual care group ($p<.05$). Additionally, the proportion of women receiving the medication for labor augmentation in the continuous labor support group was significantly lower compared to the usual care group ($p<.05$).

Keywords: Continuous birth support program, labor pain, first-time birth attendants

¹ โรงพยาบาลลำพูน



บทนำ

การคลอตเป็นภาวะวิกฤติตามสถานการณ์สำหรับผู้คลอตทุกคนเนื่องจากเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน²⁷ ผู้คลอตทุกคนล้วนต้องการให้ความเจ็บปวดบรรเทาลง สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในการคลอตได้อย่างเหมาะสม และผ่านประสบการณ์การคลอตไปได้ด้วยดี³³ หากผู้คลอตไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ คือ ผู้คลอตมีการเผชิญความเจ็บปวดอย่างยากลำบาก จะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้คลอต ทารกในครรภ์ และผลกระทบอื่นๆ รวมถึงอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในระยะหลังคลอตตามมาได้⁹ ความเจ็บปวดในการคลอตที่รุนแรงจะเกิดผลกระทบต่อผู้คลอต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เมื่อผู้คลอตมีความเจ็บปวดมากขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ให้หลั่งฮอร์โมน catecholamine corticosteroid และ adrenocorticotrophic (ACTH) เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้การหดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระยะเวลาในการคลอตยาวนาน²⁸⁻³² เกิดการคลอตล่าช้าและอาจสิ้นสุดการคลอตด้วยการใช้สูติศาสตร์หัตถการ⁸ ความเจ็บปวดในการคลอตยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์ทำให้มีอาการโกรธ ก้าวร้าว กล่าวโทษทารกหรือสามีว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด มีประสบการณ์การคลอตที่ไม่ดีมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอต สามีและทารก การมีเพศสัมพันธ์กับสามี²⁸ อาจทำให้ผู้คลอตมีประสบการณ์ในทางลบ เป็นผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ของผู้คลอตลดลง เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพกับทารกแรกเกิด สุขภาพจิตของผู้คลอต และการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดาหลังคลอตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว⁴² รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความตั้งใจในการมีบุตรคนต่อไปได้⁴⁹

ผลกระทบของความเจ็บปวดต่อทารกในครรภ์ ความเจ็บปวดทำให้มีการกระตุ้นการหลั่ง catecholamine เพิ่มขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือด

ไปเลี้ยงมดลูกและการส่งออกซิเจนไปยังทารกลดลง ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขทารกจะเกิดภาวะเลือดเป็นกรด และอาจทำให้ทารกเกิดภาวะค้ำขื่นในครรภ์ส่งผลต่อสุขภาพทารกในระยะยาว ทารกอาจได้รับอันตรายหรือทารกเสียชีวิตได้¹¹ จากผลกระทบดังกล่าวพยาบาลผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอตจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยให้ผู้คลอตเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอต การดูแลผู้คลอตให้สามารถคลอตเองได้ทางช่องคลอด จึงเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะต้องให้การสนับสนุนการคลอตโดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอต ซึ่งเป็นระยะที่ยาวนานที่สุดของการคลอต เพื่อให้มดลูกมีการหดตัวดีการคลอตดำเนินไปได้ตามกระบวนการคลอต การสนับสนุนการคลอตอย่างต่อเนื่องที่จะช่วยให้ผู้คลอตได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการที่เกิดขึ้นในขณะเจ็บครรภ์คลอต ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอต โดยการสนับสนุนด้านร่างกายเป็นการดูแลให้เกิดความสบายและผ่อนคลาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกายผู้คลอต การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลกระเพาะปัสสาวะว่างและการไม่จำกัดกิจกรรม เป็นต้น การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ ผู้คลอตเกิดความมั่นใจ ในการคลอต เช่น การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การใช้สัมผัส การยอมรับ และการแสดงความเข้าใจ เป็นต้น การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลและข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้คลอต เช่น บอกให้ทราบถึงกระบวนการคลอต การเปิดช่องมดลูก ระยะเวลาที่จะคลอต เป็นต้น ผลของการสนับสนุนในระยะคลอตจะทำให้ผู้คลอต เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจและสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอตได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล⁶⁻⁵³ และทำให้ผู้คลอตเกิด

ความพึงพอใจ ต่อประสบการณ์การคลอด¹⁵⁻⁵³ การสนับสนุนการคลอดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการคลอดต่อผู้คลอดและทารก จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศและการศึกษาในประเทศสามารถสรุปผลลัพธ์การสนับสนุนการคลอดเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการคลอด 2) ด้านความเจ็บปวด และ 3) ด้านจิตสังคม ซึ่งผลลัพธ์ด้านการคลอด ได้แก่ ช่วยลดระยะของการคลอดให้สั้นลง ลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้ Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป ลดการใช้ Oxytocin แรงคลอดในระยะรอคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ผลลัพธ์ด้านความเจ็บปวดคือ ลดความเจ็บปวดในระยะคลอดและลดการใช้ยาาระงับปวดในระยะรอคลอด ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ทำให้ใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง และลดค่าใช้จ่ายลงได้ จากผลดีของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องตามที่ได้กล่าวมา ผู้คลอดทุกคนควรได้รับการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง¹⁹

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลขนาด 411 เตียงให้บริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ สำหรับหน่วยงานห้องคลอดมีทีมสุขภาพที่ให้บริการประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านสูติ-นรีเวชกรรมจำนวน 6 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการจำนวน 11 คน รับผิดชอบให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ โดยให้การดูแลทั้งในรายปกติและรายครรภ์เสี่ยงสูง ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด สำหรับสถิติการคลอดของโรงพยาบาลลำพูน ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 มีจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 2,191, 1,911 และ 1,627 รายตามลำดับ เฉลี่ยประมาณ 160 รายต่อเดือน โดยในปี 2565 มีการคลอดปกติเฉลี่ยร้อยละ 18.10 คลอดโดยใช้เครื่องสุญญากาศเฉลี่ยร้อยละ 18.60 การผ่าตัดคลอดเฉลี่ยร้อยละ 63.30 นอกจากนี้ยังพบว่าสถิติอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากข้อบ่งชี้

จากผู้คลอดต้องการผ่าตัดคลอดในปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 3.5¹ ซึ่งจากการสอบถามพบว่าความต้องการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ เกิดจากความกลัวการคลอด ไม่อยากเผชิญความเจ็บปวดขณะคลอด มีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับกลไกการคลอดโดยธรรมชาติ และขาดความรู้ในการเตรียมตัวและปฏิบัติตัวขณะคลอด มีการดำเนินการให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมในระยะตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่ยังไม่เป็นระบบ มีข้อจำกัดในด้านสถานที่และบุคลากรในคลินิกฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอต่อภาระงาน ส่งผลให้การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องจนถึงระยะเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดส่วนใหญ่จึงไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อคลอดจากคลินิกฝากครรภ์ทั้งที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลลำพูนเอง หรือจากสถานพยาบาลเอกชน

ด้วยความสำคัญของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในห้องคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ได้แก่ ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด การใช้ยาเสริมการหดตัวของมดลูก และ Apgar score ทารกนาทีที่ 1 และ 5 ของผู้คลอดครรภ์แรก ตามแนวทางการสนับสนุนการคลอดของ Adams & Bianchi โดยทำการศึกษาวิจัย ณ โรงพยาบาลลำพูน ที่มีนโยบายการให้บริการการคลอดคุณภาพ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าผลการวิจัยครั้งนี้ จะมีประโยชน์ในการพัฒนางานด้านการพยาบาลในการดูแลผู้คลอด ให้มีคุณภาพและมาตรฐานเพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์การศึกษา

เปรียบเทียบความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดได้แก่ ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด การใช้ยาเสริมการหดตัวของมดลูก และ Apgar score ทารกนาทีที่ 1 และ 5 ของ ผู้

คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน ที่ได้รับการดูแลแบบปกติจำนวน 25 ราย ระหว่างเดือนมีนาคม 2566 ถึง เดือนพฤษภาคม 2566 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องในเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง สร้างขึ้นตามแนวความคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของ Adams & Bianchi โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์ 2) การให้ความรู้ในระยะคลอด

ตอนที่ 2 แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในระยะคลอด ประกอบด้วย การสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ของการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ การเปิดของปากมดลูกแรกเริ่ม การหดตัวของมดลูก การได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก ระยะรอคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วถึงเปิดหมด และ Apgar score นาทีที่ 1 และ 5

2.3 แบบบันทึกระดับความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Pain Scales) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดบันทึกในระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 เซนติเมตร และระยะเปลี่ยนผ่าน ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลองตามลำดับขั้นตอนดังนี้ กลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ)

ครั้งที่ 1 เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาที่แผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติ

ครั้งที่ 2 เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์จริง และมาที่แผนกห้องคลอดเข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะเจ็บครรภ์คลอด เมื่อได้รับการประเมินแรกเริ่มและพบว่าปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร และต้องนอนรอคลอดอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบประเมินความปวดชนิดที่เป็นตัวเลขในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน

กลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง) ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ตามขั้นตอนดังนี้

การสนับสนุนระยะตั้งครรภ์ ครั้งที่ 1 เริ่มเมื่ออายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในการเตรียมตัวคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกายขณะตั้งครรภ์ การดูแลหัวนมและเต้านม ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด ใช้เวลา 45-60 นาที ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เป็นการฝึกปฏิบัติบริหารร่างกายเตรียมกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การใช้เทคนิคการหายใจ (breathing technique) การเพ่ง และการเบี่ยงเบนความสนใจ (focusing and distraction) การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า (movement and position) การนวด (massage) การลูบหน้าท้อง (effleurage) และการใช้ดนตรี และแนวทางการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดรวมถึงผลข้างเคียงของใช้ยาบรรเทาปวดต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การคลอด และการพาเยี่ยมชมห้องคลอดใช้เวลา 40 นาที

การสนับสนุนในระยะคลอด เมื่อกลุ่มทดลองเจ็บครรภ์จริงมาที่ห้องคลอด ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะเจ็บครรภ์คลอด ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ผู้คลอดลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง ถ้ามีตามคุณสมบัติไม่ครบทำการคัดออกจากการวิจัยแล้ว ให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลระยะคลอด ภายหลังจากการที่ได้รับการพยาบาลระยะแรกไว้ในห้องคลอด ผู้วิจัยให้การสนับสนุนในระยะคลอดตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องทั้ง 4 ด้านและกระตุ้นให้ใช้เทคนิคบรรเทาความปวดตามความต้องการด้วยตนเองตามระยะปากมดลูก อย่างต่อเนื่องสิ้นสุดลงเมื่อปากมดลูกเปิดหมด หรือเมื่อกลุ่มทดลองเกิดความผิดปกติที่แพทย์วินิจฉัยให้คลอดวิธีอื่นก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด ผู้คลอดรายนั้นจะอยู่ในความดูแลของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอด

2. ขึ้นประเมินผลระยะคลอดประเมินโดยใช้แบบวัดความปวดแบบตัวเลข ประเมินก่อน-หลังเมื่อไว้ในห้องคลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 เซนติเมตร และระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร และประเมินผลลัพธ์ของการคลอดเมื่อสิ้นสุดการคลอด ผู้วิจัยจะบันทึกระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 การใช้ยาบรรเทาปวด Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 และการได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูกจากแฟ้มประวัติ ผู้คลอด

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เลขที่ Ethic LPN 018/2565 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของประชากร 2 กลุ่ม (Chi square test, Fisher's exact test for two independents samples) ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความปวดของผู้คลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลผลลัพธ์การคลอดเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวด และการได้รับยาเร่งคลอด ใช้สถิติ Chi-square เปรียบเทียบคะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 โดยใช้สถิติ Man-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุโดยเฉลี่ย 24.44 ปี อายุระหว่าง 21-25 ปี พบมาก

ที่สุดร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60 อาชีพรับจ้างและไม่มีอาชีพเท่ากัน ร้อยละ 34 รายได้ของครอบครัว 5,000-10,000 บาทร้อยละ 40 การรับรู้ความสามารถคล่องทางช่องคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 100 การได้รับยาบรรเทาปวด ร้อยละ 68 การรับยาเสริมการหดตัวของมดลูก ร้อยละ 72 ($X=24.44$, $SD=4.42$) กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุโดยเฉลี่ย 26.50 ปี อายุระหว่าง 21-25 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 45 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45 รายได้ของครอบครัว ร้อยละ 47.50 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด ร้อยละ 100 การได้รับยาบรรเทาปวด ร้อยละ 36 การรับยาเสริมการหดตัวของมดลูก ร้อยละ 36 ($X=26.50$, $SD=6.27$)

2. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อผลลัพธ์การคลอด ผลลัพธ์การคลอดได้แก่ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด ทดสอบด้วยสถิติทดสอบ ค่าที(Independent t-test) และการได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square และคะแนน Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ใช้สถิติ Mann-Whitney U test ไม่พบความแตกต่าง

3. ข้อมูลเปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 7.84 และ 9.88 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 5.64 และ 9.60 ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกลอฟสเมอนอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่า เป็นโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบกับสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่า การนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมาใช้ ทำให้กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มีความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

ประเด็น	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 เซนติเมตร)	7.84	1.93	5.64	1.22	4.82	<.001
ระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร)	9.88	.44	9.60	.50	2.10	.041

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก โรงพยาบาลลำพูน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดเกี่ยวกับความเจ็บปวดขณะรอคลอด ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด การใช้ยาบรรเทาปวด การได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก และ Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาตามลำดับสมมติฐานดังนี้

1. ความเจ็บปวดขณะรอคลอด ผลลัพธ์ความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .001 และ .05 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐาน และผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดมักมีความกลัว ความวิตกกังวลซึ่งมีปัจจัยที่ส่งเสริมได้แก่ สิ่งแวดล้อมในห้องคลอดเป็นสถานที่แปลกใหม่และไม่คุ้นเคย การที่ต้องอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้าทำให้รู้สึกขาดที่พึ่ง เกิดความกลัวและความวิตกกังวลหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นโดยเฉพาะผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน อาจทำให้รู้สึกกลัวตนเองและทารกในครรภ์กำลังเป็นอันตราย ซึ่งการที่มีความกลัวมากเกินไปจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน catecholamines เพิ่มมากขึ้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมดลูกและรกลดลง กล้ามเนื้อมีความตึงเครียดมากขึ้นส่งผลให้มีความเจ็บปวดเพิ่มมาก

ขึ้น²⁸ เชื่อมโยงเป็นวงจรต่อเนื่องกันไปที่เรียกว่า กลุ่มอาการความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome)¹³⁻²⁷ พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้คลอดมากที่สุดจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้คลอดส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือ รวมถึงเป็นผู้ที่มีความสามารถเข้าใจถึงปัญหาและมีบทบาทในการให้การดูแลและสนับสนุนในระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย และสามารถเผชิญความเจ็บปวดในการคลอดได้อย่างเหมาะสม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของ อดัม และเบียนชี⁵ มาเป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยเลือกกิจกรรมการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอดในโรงพยาบาลลำพูน มีสาระสำคัญของขั้นตอนการปฏิบัติในการสนับสนุนผู้คลอดอย่างชัดเจน ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด โดยเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์มีการให้ความรู้ ความเข้าใจกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกายขณะตั้งครรภ์ การเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การใช้เทคนิคการหายใจ (breathing technique) การเพ่ง และการเบี่ยงเบนความสนใจ (focusing and distraction) การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า (movement and position) การนวด (massage) การลูบหน้าท้อง (effleurage) และการใช้ดนตรี และแนวทางการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดรวมถึงผลข้างเคียงของใช้ยาบรรเทาปวดต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ ทำให้ผู้คลอดมีความเข้าใจกลไกและธรรมชาติของการคลอด เกิดความตระหนักในการขอใช้ยาบรรเทาปวด ในระยะคลอดมีการประเมินความ

เจ็บปวดตั้งแต่แรกเริ่ม และประเมินความเจ็บปวดอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจนถึงระยะเบ่งคลอด ทำให้ทีมผู้ให้การดูแลสามารถให้การดูแล เอาใจใส่ช่วยเหลือผู้คลอดได้อย่างใกล้ชิด จึงทำให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือหวาดกลัวว่าจะเผชิญการคลอดตามลำพัง ช่วยลดความวิตกกังวล นอกจากนี้การประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของความเจ็บปวด และสามารถให้การพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างรวดเร็ว สำหรับกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ นั้น ได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ การใช้เทคนิคการหายใจและการนวด ส่วนในกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่หลากหลาย ได้แก่ การจัดทำศีรษะสูง การลูบหน้าท้อง การหายใจ การฟังเสียงดนตรี การประคบร้อนหรือเย็น และการนวด โดยการแจกเอกสารแผ่นพับและแฟ้มให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด ทำให้ผู้คลอดสามารถอ่านทำความเข้าใจได้ในขณะรอคลอด เมื่อผู้คลอดเกิดความสงสัยหรือไม่เข้าใจสามารถสอบถามพยาบาลผู้ดูแลได้ทุกเวลา ส่งผลให้ผู้คลอดมีความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดมากขึ้น อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้คลอดเป็นผู้เลือกวิธีการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง ทำให้ผู้คลอดรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการฝึกให้ผู้คลอดสามารถตัดสินใจ ควบคุมตนเอง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งการจัดการความเจ็บปวดดังกล่าว มีหลักฐานอ้างอิงว่าสามารถบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้เป็นอย่างดี³⁸⁻⁴⁵ การจัดการความเจ็บปวดดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือผู้คลอดทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ³³ นอกจากนี้ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดโดยการ

ใช้ยา การออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยาต่อผู้คลอดและทารก และแนวทางในการให้ยาบรรเทาปวด ซึ่งจะให้ในกรณีที่ผู้คลอดมีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น ทนความเจ็บปวดและควบคุมตนเองไม่ได้ และไม่สามารถใช้เทคนิคต่างๆในการบรรเทาความเจ็บปวด การให้ความรู้ทำให้ผู้คลอดมีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจที่จะเลือกการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้ยาได้ด้วยตนเอง ไม่ร้องขอยาบรรเทาปวดเมื่อสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ มีความเจ็บปวดลดลง และใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดตามความจำเป็น⁴²

2. ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด ผลลัพธ์ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอดพบว่ากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน และผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องจากในระยะ Latent phase ตั้งแต่ผู้คลอดเริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร เป็นการประเมินโดยผู้คลอดเอง ซึ่งหากให้ข้อมูลการเจ็บครรภ์จริงไม่ถูกต้องหรือไม่ชัดเจน อาจส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดคลาดเคลื่อนได้ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างอาจน้อยเกินไปทำให้มีกำลังการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติไม่เพียงพอ เพราะเมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองพบว่า กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 494.98 นาที ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 436.20 นาที ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีระยะเวลาที่ 1

ของการคลอมีแนวโน้มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในการคลอดได้แก่ 1) ช่องทางคลอด (Passage) ตัวบ่งชี้ทางอ้อมคือ อายุ น้ำหนักผู้คลอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระยะตั้งครรภ์ และส่วนสูง 2) สิ่งที่คลอดออกมา (Passenger) คือ ทารกและรก 3) ปัจจัยที่เกี่ยวกับแรง (Power) ขึ้นอยู่กับการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่ง การที่ปากมดลูกจะเปิดขยายได้ดีขึ้นอยู่กับการหดตัวของมดลูกที่สัมพันธ์สมกับการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ทำให้มีการบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูกอย่างต่อเนื่องจนถึงทารกคลอด หากเกิดปัจจัยขัดขวางทำให้การหดตัวไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ย่อมส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้าและระยะเวลาในการคลอดยาวนานขึ้น⁴⁶ จากองค์ประกอบดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยเป็นผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขนาดของทารกที่คลอดมีน้ำหนักเฉลี่ยใกล้เคียงกันอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีน้ำหนักทารกเฉลี่ยประมาณ 2,980 กรัม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีน้ำหนักทารกเฉลี่ยประมาณ 2,920 กรัม ดังนั้นปัญหาที่เกิดจากความผิดปกติของช่องทางคลอดและขนาดของทารกจึงไม่ส่งผลทำให้ระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาทินี วงศาโรจน์ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล การควบคุมตนเอง ต่อระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอด ที่พบว่าการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลไม่สามารถทำนายระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดได้³ และกุมแล ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนการคลอดทำให้ระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 สั้นลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ แต่พบว่ามีความขัดแย้งกับการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่

เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก พบว่ากลุ่มผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวผู้หญิงมีระยะเวลาการคลอดระยะที่ 1 สั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁴ และการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดยังช่วยลดความต้องการการใช้ยาระงับปวดของผู้คลอด ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดสั้นกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน¹⁹⁻⁴²

3. การใช้ยาบรรเทาปวด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มีสัดส่วนของการใช้ยาบรรเทาปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐาน และผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารของโปรแกรม เกี่ยวกับระยะของการคลอดและให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการคลอด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการพยาบาลเป็นการให้ข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพให้ความรู้แก่ ผู้คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด มีเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด กลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและการรักษา นอกจากนี้ยังมีการสอน สาธิตให้ความรู้การใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา เช่น การใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง การเพ่งจุดสนใจ การ จัดท่า เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้คลอดมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้จะช่วยผ่อนคลายความเจ็บปวดในขณะรอคลอดได้ รวมถึงการให้ผู้คลอดทราบถึงผลข้างเคียงของการใช้ยาบรรเทาปวดที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตัว ผู้คลอดและทารกในครรภ์ ทำให้ผู้คลอดเข้าใจถึงผลข้างเคียงดังกล่าวและพยายามที่จะปฏิบัติตามการบรรเทาความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา และร้องขอการใช้ยาบรรเทาปวดเมื่อจำเป็นเท่านั้น ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจะสามารถเผชิญความ

เจ็บปวดในการคลอดได้ มีความเชื่อมั่น มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดและเข้าใจธรรมชาติของการคลอด ส่งผลทำให้ความวิตกกังวลและความต้องการยาบรรเทาปวดลดลง³³

4. การได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีสัดส่วนการใช้ยาเสริมการหดตัวของมดลูกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาสนับสนุนสมมุติฐาน และผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้ การได้รับการสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ การดูแลความสุขสบายทางด้านร่างกาย การให้ข้อมูล การช่วยเหลือทั่วไป และให้กำลังใจผู้คลอดในระยะคลอด จะทำให้ผู้คลอดได้รับกำลังใจ มีผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อน คอยกระตุ้นและให้ข้อมูลที่ส่งเสริมการคลอด ช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจจะช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลาย³⁷ นอกจากนี้ยังไปขัดขวางความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดตามวงจร ของ Dick-read (1984) ตามการศึกษาของ มาณี จันทรโสภา พบว่าการที่ผู้คลอดด้วยรุ่นได้รับ การสนับสนุนทางสังคมมีผลให้ความเจ็บปวดในระยะรอคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$)² เมื่อการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะรอคลอดลดลง ผู้คลอดจะผ่อนคลาย ที่รู้สึกปลอดภัยลดการหลั่ง Cortisol Adrenalin และ catecholamine ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกปกติจึงไม่มีการใช้ยาเร่งคลอด สอดคล้องกับ Hodnett et al. (2013) ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจำนวน 16 เรื่อง จากผู้คลอด 133,391 คน พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดการใช้ยาเร่งคลอดจะลดลง¹⁹

5. Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ผลลัพธ์ Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 พบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบแผนปกติ มี Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่

เป็นไปตามสมมุติฐาน และผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้โดยเมื่อคลอดทารกแรกเกิดทั้ง 2 กลุ่มมี Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป ทุกราย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากเพราะได้รับคัดเลือกตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยเป็นผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยทางด้านร่างกายคล้ายคลึงกัน และมีสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ประกอบกับทั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดปกติไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (494.98 นาที่ และ 436.20 นาที่) โอกาสที่ทารกจะเกิดภาวะเครียดต่ำ ทารกแรกเกิดทุกคนจึงมี Apgar score อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีกิจกรรมการพยาบาลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด ที่ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านร่างกาย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทน ทำให้ผู้คลอดครรภ์แรกมีความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง การใช้ยาบรรเทาปวดลดลง และการได้รับยาเร่งคลอดลดลงได้ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. หน่วยงานควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และเพื่อเป็นมาตรฐานการบริการพยาบาลของหน่วยงาน

2. การนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไปใช้ ควรมีการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากร รวมทั้งมีการกำกับติดตาม



ปรับปรุง และประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การใช้โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์

3. หน่วยงานควรมีการติดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดและจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสม และทันสมัยตามสถานการณ์

4. ควรนำผลการศึกษาที่ได้เสนอต่อผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน เพื่อพิจารณานำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลลำพูน มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง โดยสรุปเป็นรายงานเสนอต่อ

ผู้บริหารและนำเสนอในการประชุมวิชาการของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องเพิ่มเติม เพื่อติดตามผลในระยะยาว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้คลอดให้เหมาะสมและได้มาตรฐาน เช่น การเตรียมให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในห้องคลอดทั้งในขณะรอคลอดและขณะคลอด และการนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไปใช้ในกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

2. ควรมีการติดตามความยั่งยืนในการปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของบุคลากรในหน่วยงานภายหลังสิ้นสุดการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- 1.กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน. (2565). รายงานสถิติห้องคลอดประจำปี. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน.
- 2.มานี จันทรโสภณ. (2555) ผลการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 3.วาณิช วิงศาโรจน์. (2560) ความสามารถในการทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล การควบคุมตนเอง ต่อระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 4.อาทิตยา เพิ่มสุข. (2550) ผลการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 5.Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
- 6.Anusomteerakul, S., & Kittiprisada, P. (2013). The effect of health education program and relative assistant on pain, fear, anxiety in primiparous during the first stage of labor. *Journal of Nursing Science & Health*, 36(1), 23-31. [In Thai]
- 7.British Columbia Perinatal Health Program (BCRCP). (2010). *Obstetric: Guideline 4: Pain management option during labor*. Retrieved January 28, 2011, from <http://www.perinatalservicesbc.ca/sites/bcrp/files/Guidelines/Obstetrics/OB4PainManagement.pdf>
- 8.Bryant, H., & Yerby, M. (2004).Relief of pain during labour. In C. Henderson, & S. Macdonal, (Eds.) *Mayes' midwifery: A textbook for midwives* (13th ed., pp. 458-475). Edinburgh: Bailliere Tindall.

- 9.Charlton, J. E. (2005). Pain in pregnancy and labor: Core curriculum for professional education in pain (3rd ed., pp. 1-5). Retrieved January 29, 2011, from <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&contentID=2307#TOC>
- 10.Chunuan S, Somsap Y, Pinjaroen S, et al. Effect of the presence of family members, during the first stage of labor, on childbirth outcomes in a provincial hospital in Songkhla Province, Thailand. *Thai J Nurs Res.* 2009; 13(1): 16-27.
- 11.Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill. 2014.
- 12.Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. (2008). Processes and stage of labour and birth. In M.R., Davidson, M. L., London, & Ladewig, P. A. W.(Eds.). *Old's Maternal-Newborn Nursing and Woman's Health Across the Lifespan* (8th ed., pp. 576-601). Saddle River, N. J.: Prentice Hall.
- 13.Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear: The original approach to natural childbirth*. New York: Harper & Row.
- 14.Dunniho, D. R. (1990). *Fundamentals of gynecology & obstetrics*. Philadelphia: Lippincott.
- 15.Goodman, P., Mackey, M., & Tavakoli, A. (2004). Factors related to childbirth satisfaction.*Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- 16.Gumlae, P. (2004). The effect of supportive nursing care and upright position during labor on labor pain, duration of labor and apgar scores of newborn in the first-time mothers. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requiremen for the Degree, Master of Nursing Science,Maternity and newborn Nursing, Facculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- 17.Hamilton, A., (2009). Comfort and support in labour. In D. M. Fraser & M. A. Cooper (Eds.), *Myles textbook for midwives* (15th ed, pp. 493-507). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 18.Hodnrtt, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., & Sakala, C. (2009). Continuous support for woman during childbirth (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library, 1. The Cochrane Collaboration. Publish: John Wiley & Sons, Ltd.
- 19.Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth (Review) [Internet]. San Francisco: John Wiley & Sons; 2013 [cited 2016 Mar 25]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/epdf>.
- 20.Jimenez, S. L. M. (2000). Comfort and pain management. In F. H. Nichols & S. S. Humenick(Eds.), *Child birth education: Practice, research and theory* (2nd ed., pp. 157-177).Philadelphia: W.B. Saunders.
- 21.Kerdcharoen, J. (2004). The effect of relaxing music with breathing technique on anxiety and pain in labour. Master's degree, Mahidol University.
- 22.Khadivzadeh, T., & Karimi, A. (2009). The effect of post-birth mother-infant skin to skin contact on first breastfeeding. Retrived August 2, 2011, from <http://www.journals.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/4282/1808>
- 23.Kukulu, K., & Demirok, H., (2008). Effect of epidural anesthesia on labor progress. *Pain Mangement Nursing*, 9, 10-16.
- 24.Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10(3), 263–270.
- 25.Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. C., & Ratcliffe, S. (2003a). The nature and management of labour pain: Part I. nonpharmacologic pain relief. *American Family Physician*, 68, 1109-1112.
- 26.Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. C., & Ratcliffe, S. (2003b). The nature and management of labour pain: Part II. pharmacologic pain relief. *American Family Physician*, 68, 1115-1120.
- 27.Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2006). *Maternity nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- 28.Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(5), S16-S24.



29. Lowe, N. K. (2004). Context and process of informed consent for pharmacologic strategies in laborpain care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(3), 250-259.
30. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson KA, Ashwill JW. *Maternal child nursing*. 5th ed. Canada: Elsevier Saunders; 2018.
31. Melender, H. L. (2002). Experience of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnancy woman. *Birth*, 29, 101-111.
32. Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms : A new theory. *Pain Forum*, 5, 3-11.
33. Murray, S. S., & Mckinney, E. S. (2006). *Foundation of maternal newborn nursing* (4 th ed). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
34. Ndala, R. (2005). Pain relief in labor. In D. Stables, & J. Rankin (Eds.) *Physiology in childbearing: With anatomy and related biosciences* (2nd ed., pp. 495-507). Edinburgh: Elsevier. New Zealand Guidelines Group [NZGG]. (2001). *Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines*. Retrieved January 29, 2011, from <http://www.nzgg.org.nz>
35. Orshan, S. A. (2008). *Marternity, newborn, and woman's health nursing: Comprehensive care across the lifespan*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
36. Perry, S. E. (2006). *Marternal child nursing care* (3rd ed.). Missoruri: Mosby Elsevier.
37. Pillitteri, A. (2007). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
38. Phumdong, S., & Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing*, 4(2), 54-61.
39. Phumdoung, S., Rattanaparikonn, A., & Maneechot, K. (2004). Pain during the first stage of labour. *Songklanagarind Medical Journal*, 22, 163-171.
40. Promkunta N. *Effect of social support on fear of childbirth among primiparous parturients* [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2016. (in Thai).
41. Puntillo, K. A. (1988). The phenomena of pain and critical care nursing. *Heart and Lung*, 17, 262-271.
42. Sauls, D. A. (2004). Adolescent's perception of support during labor. *Journal of Perinatal Education*, 13(4), 36-42.
43. Schuiling, K. D., & Sampselle, C. M. (1999). Comfort in labor and midwifery art. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31, 77-81.
44. Sercekus, P., & Okumus, H., (2007). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*. (in press).
45. Simkin, P. (2002). Supportive care during labor: A Guide for Busy Nurses. *Journal of Obstetric, Gyneco logic, & Neonatal Nursing*, 31(6), 721-732.
46. Simkin, P., & Ancheta, R. (2005). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dyatocia*. 2nd ,Blackwell Publishing, Oxford.
47. Slade, P., Macpherson, S. A., Hume, A., & Maresh, M. (1993). Expectation, experience and satisfaction with labour. *British Journal Clinical Psychology*, 32, 469-83.
48. Techamuanwaiwit S. Pain and pain management of mothers during the fifth stage of labor. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2015;31(1):114-24. (in Thai).
49. Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radested, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factora in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.



50. Walsh, L. V. (2001). Midwifery community-based care during the childbearing year. New York: W.B. Saunders Company.
51. Wee, M. (2005). How painful is labour? *Woman's Health Medicin*, 2(4), 15-16.
52. Wilson, W. H., & Lowdermilk, P. (2006). *Maternal child nursing care* (3rded.). St.Louis: Mosby
53. Yuenyong, S., & Rakthai, N. (2011). The effect of labor support by close relative on pain, anxiety and satisfaction with childbirth experience among primiparous mothers. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 19(2), 67- 82. [In Thai]

การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ

The development of continuing care system for patients with chronic diseases
in Chumphae District Health System.

(Received: September 18,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

ปิยนัฐ คำมีผล¹Piyanut Kameephol¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมแพ ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 ผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ จำนวน 20 คน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลชุมแพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร จำนวน 8 คน โดยใช้แนวคิดวงล้อเดมมิง ใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน(Plan) โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จัดประชุมทีมผู้เกี่ยวข้องและทบทวนการปฏิบัติ 2) การดำเนินการ(Do) โดยนำแผนงานและกระบวนการที่กำหนดไว้มาปฏิบัติ 3) การประเมินผล(Check) โดยการติดตามประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ นโยบาย และปัญหาอุปสรรค และ 4) การปรับปรุง(Act)โดยพัฒนาโปรแกรมขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พัฒนาแนวทางปฏิบัติ Hospital to Home Care Pathway แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องเครือข่ายอำเภอชุมแพ เกณฑ์การเยี่ยมบ้าน ทีมสหวิชาชีพและแบบรายงานเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 68.2 โดยภายในเครือข่ายอำเภอชุมแพคิดเป็นร้อยละ 87.4 กลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ stroke ร้อยละ 35.7 รองลงมาคือ Palliative Care ร้อยละ 21.1 และโรคทางอายุรกรรม ร้อยละ 9.5 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 141 ราย พบภาวะแทรกซ้อน กรณี Bed sore, ข้อติด, ปอดบวม, UTI คิดเป็นร้อยละ 9.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 85 ไม่พบการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ในผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้าน เกิดการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ไร้รอยต่อ มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดการข้อมูล เกิดแนวทางปฏิบัติในทีมสหวิชาชีพ ในหน่วยงานโรงพยาบาลและภายในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

This action research was aim to develop the framework of continuing care for patients with chronic diseases at Chumphae's network. The target population was the patients with chronic diseases who registered at Continuing Care Center, Chumphae Hospital during October 2017-September 2019. This continuing care system was responsible by 20 personnel from Primary Care Unit, urban health center, Chumphae's District Public Health Office as well as the Chumphae multidisciplinary care team composing of 8 personnel with physicians, nurses, pharmacists, physiotherapists and dietician. The care system was based on the Deming cycle with 4 steps including step 1 Plan; this step was to investigate the problem, set up the meeting with related parties and review the procedures, step 2 Do; it was the execution step to follow the plan and procedures, step 3 Check; this step was to evaluate the result and check the possibility of policy implementation and the limitation and step 4 Act; this step was to develop the registration program of continuing care for patients with chronic diseases as well as the following guideline, guideline of hospital to home care pathway, the practical guideline of continuing care for network of Chumphae Hospital, the criteria for home

¹ พยม.(วพย.เวชปฏิบัติชุมชน) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

visit by multidisciplinary team and home visit report. The descriptive statistics was employed this dataset a long the content analysis.

The result showed that 68.2% of patients with chronic diseases had been followed up at home visit. Of those 87.4% was performed by network of Chumphae Hospital. Regarding the chronic diseases, stroke was the most found as 35.7% following by palliative care of 21.1% and general medicine of 9.5%. In addition, 141 patients with chronic diseases were visited by multidisciplinary team. It was found that the disease complications e.g. bed sore, joint addition, pneumonia and urinary tract infection was 9.5% whereas the patient's and care-giver's satisfactory was 85%. Moreover there was no re-admission among those patients who was discharged home. Mostly the seamless continuing care was organized using the information technology for data processing and building the guidelines for multidisciplinary team, inside the hospital and their networks.

Keywords: Continuing care, patients with chronic diseases

บทนำ

สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรไทย มีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ.2558 ประเทศไทยมีประชากรรวมเท่ากับ 64.17 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 10.48 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.08 ของประชากรรวม ซึ่งถือว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และหากประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์⁵ ผลจากความสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพาต อัมพฤกษ์ โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน ในระหว่างการรักษาต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น มีแนวโน้มการเกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้มีข้อจำกัดหรือ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดภาวะพึ่งพาสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นรวมถึงการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว (Long Term Care) นอกจากนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดผลกระทบด้านอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง การสูญเสียทรัพยากรด้านการแพทย์และงบประมาณในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและครอบครัว สูญเสียเวลาและโอกาสในการ

ประกอบอาชีพ ขาดรายได้ เกิดผลกระทบโดยรวมจนต้องเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน¹⁰ เป็นการดูแลเพื่อจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุมในทุกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถช่วยตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยให้เรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำได้เอง และปัญหาสุขภาพที่ต้องอาศัยบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมแก้ไข การดูแลต่อเนื่อง จึงเป็นกระบวนการดูแลทั้งในระยะที่มีปัญหาวิกฤติในโรงพยาบาล เชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับมาอยู่ที่บ้าน มีการติดตามดูแลจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นระยะเพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลต่อเนื่อง โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม มีการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับอย่างชัดเจน เพื่อประสานแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ รวมถึงการจัดระบบสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมร่วมกันภายในเครือข่าย เช่น การบันทึกและใช้ข้อมูลร่วมกัน การจัดทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่

เหมาะสม ตามสภาพปัญหาในแต่ละระยะ มุ่งสู่เป้าหมายสูงสุดของการดูแลคือผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้⁶ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้านและชุมชน มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี จากทะเบียนเยี่ยมบ้าน ของโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2560-2564 พบมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องจำนวน 831, 825, 602, 601 และ 605 ราย ตามลำดับ ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับ คิดเป็นร้อยละ 63.42, 54.30, 68.94, 70.38 และ 63.47 ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนกรณีติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับและข้อติด คิดเป็นร้อยละ 5.88, 4.06, 8.08, 8.12 และ 8.11 ตามลำดับ นอกจากนั้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนและมีการกลับเป็นซ้ำของโรค(Recurrent) เป็นต้น ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลชุมแพจะมีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care: HHC) มีการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก(PCT) โดยมีกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย การรับส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่าย มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วย 1)การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง 2) การวางแผนการดูแลต่อเนื่องโดยการประชุมปรึกษา วางแผนการดูแลก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน 3) การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) สรุปผลการดูแลต่อเนื่อง

จากการทบทวนและวิเคราะห์การดำเนินงานพบว่า การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่ครอบคลุม การดูแลยังไม่เชื่อมโยงทั้งระบบ การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม พบปัญหาการบันทึกและรายงานเยี่ยมบ้านไม่มีคุณภาพ เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลที่

บ้านไม่เพียงพอ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการที่แท้จริง จากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอชุมแพ และผลการพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เหมาะสมภายใต้บริบทของอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบการศึกษาในกลุ่มประชากรเดียว ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลชุมแพ โดยประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ Edward Deming มาเป็นแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ใน 4 ขั้นตอนคือ 1)การวางแผน(Plan) 2) การดำเนินการ(Do) 3)การประเมินผล(Check) และ4)การปรับปรุง(Act) ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมแพ ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2565
2. ผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ จำนวน 20 คน

3. ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลชุมแพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด โภชนาการ จำนวน 8 คน

ผลการวิจัย

1. ผลการประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ Edward Deming มาเป็นแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มี 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โรงพยาบาลชุมแพมีศูนย์ประสานงานเยี่ยมบ้านเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานส่งต่อและรับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) ทั้งในและนอกเครือข่ายอำเภอชุมแพ จากการดำเนินงานพบมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยไม่ครอบคลุม การรายงานเยี่ยมตอบกลับไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย การส่งต่อข้อมูลล่าช้า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่ต่อเนื่อง ทีมเยี่ยมบ้าน รพ.สต./ศสม. ไม่สามารถออกเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ การสรุปผลงานเพื่อสะท้อนข้อมูลล่าช้า ส่งผลให้ทีมเยี่ยมบ้านใน รพ.สต./ศสม. ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องรวมถึงภาระงานที่มากและอัตรากำลังไม่เพียงพอ นอกจากนั้นยังพบปัญหาการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความซับซ้อน ติดบ้านติดเตียง รวมถึงปัญหาในด้านของผู้ป่วยเองเช่น ปัญหาความสามารถในการดูแลตนเอง ขาดผู้ดูแล ปัญหาเศรษฐกิจ สภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ในการร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องให้ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จัดทำแผนพัฒนาทักษะการดูแลที่บ้านและการใช้อุปกรณ์ ในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น stroke, palliative care, DM/HT ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เป็นต้น มีการวางแผนการทำงานและติดตามผลการ

ดำเนินงาน การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลและเครือข่ายอำเภอ เพื่อติดตามประเมินปัญหาและแก้ไขปรับปรุง จากการทบทวนการปฏิบัติของศูนย์การดูแลต่อเนื่องมีการดำเนินงานตามบริบท ดังนี้

1)การจัดการข้อมูลสารสนเทศ ได้แก่ การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การส่งออกข้อมูลและรับตอบกลับทางเมลและไลน์ การจัดทำแผนเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพประจำเดือนการประสานข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต.และศสม. การรายงานผลการเยี่ยมบ้านไปยังหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วย และสรุปรายงานประจำเดือนประจำไตรมาสและประจำปี

2)การประสานและปรึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ หน่วยงานภายในโรงพยาบาลเช่น OPD IPD ER เฉพาะโรค งานกายภาพบำบัด เภสัชกรรม เป็นต้น และในทีมนำทางคลินิก(PCT)ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตเวชและยาเสพติด เพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องและสรุปผลการดูแล ในส่วนหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองในเขตอำเภอชุมแพ โรงพยาบาลแม่ข่ายในระดับจังหวัดเช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอข้างเคียงเช่น รพ. สีชมพู รพ.ภูพาน จังหวัดขอนแก่น รพ. คอนสาร รพ. ภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ รพ.น้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ รพ.ภูกระดึง จังหวัดเลย เพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนั้นมีการประสานและปรึกษาทีมผู้รับผิดชอบในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ เพื่อการควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศและประเมินผล

3)การสนับสนุนอุปกรณ์โดยทางหน่วยงานที่วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้การสนับสนุนในการยืมและคืนอุปกรณ์ได้แก่ เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน ถังออกซิเจน Syring driver เป็นต้น ในกรณีไม่เพียงพอศูนย์การดูแลต่อเนื่องประสาน ศูนย์เครื่องมือแพทย์ของ

โรงพยาบาลชุมแพ รพ.สต./ศสม. ในพื้นที่เพื่อจัดหาอุปกรณ์ต่อไป

4) การพัฒนาเครือข่ายได้แก่ การจัดประชุมอบรมวิชาการ พัฒนาส่วนขาด การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยบูรณาการร่วมกับทีมงานคลินิก(PCT)และผู้รับผิดชอบในกลุ่มโรคต่างๆ การจัดทำแบบรายงานและแนวทางปฏิบัติ การประชุมติดตามการดำเนินงานและสะท้อนข้อมูลในการประชุมCUP BOARD การสรุปผลงานประจำปี การติดตามนิเทศและประเมินผล

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ทีมสหวิชาชีพร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนา ดังนี้

1.1 พัฒนาระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อดูแลต่อเนื่อง จากการทบทวนการปฏิบัติ โดยระบบเดิมหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วยจะประเมินปัญหาและความต้องการในแบบประเมินส่งต่อเยี่ยมบ้าน มายังศูนย์การดูแลต่อเนื่องเพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในโปรแกรมExcel จากนั้นสแกนข้อมูล ส่งต่อ-รับตอบกลับทางเมล พร้อมรายงานผลการเยี่ยมบ้านไปยังหน่วยงานทางเมล พบปัญหาในการดำเนินงานเช่น การคัดข้อมูลจำนวนมากซ้ำซ้อน เกิดข้อผิดพลาดของข้อมูล มีการสรุปผลการดำเนินงานโดยการเจงนั๊บ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการสะท้อนข้อมูลให้เครือข่าย

1.2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลและระดับเครือข่ายอำเภอชุมแพ จากการทบทวนพบว่าใน การส่งผู้ป่วยเพื่อขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุม ข้อมูลบางส่วนไม่สมบูรณ์ ขาดการสรุปประเมินปัญหาและความต้องการที่ชัดเจน นอกจากนั้นในระดับเครือข่ายการดำเนินงานของ รพ.สต./ศสม. แต่ละแห่งมีความแตกต่างกันไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ผลการดำเนินงานในภาพรวมไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย

1.3 พัฒนาการดำเนินงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ จากการประชุมปรึกษาในทีมสหวิชาชีพพบว่า เกณฑ์เป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยแต่ละรายของแต่ละวิชาชีพยังไม่ตรงกัน ทำให้เกิดปัญหา

ในการจัดการแผนการเยี่ยมบ้าน แผนการดูแลต่อเนื่อง และการจำหน่ายผู้ป่วยจากระบบการดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ(Do) เป็นการนำแผนงานและกระบวนการที่กำหนดไว้มาปฏิบัติ โดย

2.1 การพัฒนาระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อดูแลต่อเนื่อง โดยการพัฒนาโปรแกรมระบบHHC เป็นIntranet เชื่อมต่อกับระบบHOSxP ที่ดำเนินการอยู่แล้ว มีการเชื่อมข้อมูลจากระบบเดิมได้แก่ ชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด อายุ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ วินิจฉัยโรค ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น นอกจากนั้นระบบยังสามารถออกรายงานเพื่อประโยชน์ในการสะท้อนข้อมูลได้อย่างรวดเร็วเช่น สรุปผลการเยี่ยมบ้านทั้งในและนอกเขตอำเภอ รายชื่อผู้ป่วยที่ยังไม่ตอบกลับ ทะเบียนผู้ป่วยระยะท้าย ผลการประเมินความพึงพอใจ สรุปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นต้น โดยหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วยสามารถเปิดดูข้อมูลการตอบกลับ จากเครือข่ายได้จาก ระบบ HHC Intranet ของโรงพยาบาล

2.2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลและเครือข่ายอำเภอชุมแพ ในกรณีการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่มก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วยมีการวางแผนจำหน่ายและลงข้อมูลในแบบบันทึกการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง ส่งมายังศูนย์การดูแลต่อเนื่องเพื่อขึ้นทะเบียน จากนั้นศูนย์การดูแลต่อเนื่อง สแกนข้อมูลส่งไปยัง รพ.สต./ศสม. และรับตอบกลับทางเมล และศูนย์การดูแลต่อเนื่องส่งข้อมูลตอบกลับไปยังหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วย ในกรณีการดูแลต่อเนื่องจากภายนอกโรงพยาบาล ทางศูนย์การดูแลต่อเนื่องรับข้อมูลจากโรงพยาบาลภายนอกเช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นฯและโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ

จากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูล ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และส่งต่อให้ รพ.สต. และ ศสม. ที่รับผิดชอบต่อไป ในกรณีการดูแลต่อเนื่องภายในเครือข่ายอำเภอ เป็นความต่อเนื่องจากในโรงพยาบาล โดยเมื่อผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่องใน รพ.สต./ศสม. รับข้อมูลแล้วจะทำการประเมินแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภทได้แก่ 1)ประเภท Home Ward (ติดบ้าน ติดเตียง)มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล วิชาชีพพร้อมกับทีมเยี่ยมสหวิชาชีพและทีมเยี่ยม ชุมชน 2)ประเภท Home Care (การดูแลที่บ้าน) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ รับผิดชอบหมู่บ้านร่วมกับทีมเยี่ยมชุมชน 3) ประเภท Home visit (การเยี่ยมบ้าน)ติดตามเยี่ยม บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้าน ร่วมกับทีมเยี่ยมชุมชน หรือมอบทีมเยี่ยมชุมชน กรณีผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี มีการบันทึก การเยี่ยมบ้านและตอบกลับข้อมูลมายังศูนย์การ ดูแลต่อเนื่องกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนศูนย์การ ดูแลต่อเนื่องส่งปรึกษาทีมPCT ที่เชี่ยวชาญ และจัด แผนออกเยี่ยมบ้านในเดือนถัดไปกรณีผู้ป่วย เข้าเกณฑ์เยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ

2.3 พัฒนาคำเนินงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ โดย 1)มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีความ จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องได้แก่ Stroke STIME Sepsis DM/HT/CKD ที่มีภาวะแทรกซ้อน TBI Palliative Care จิตเวช ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพก คนพิการและผู้สูงอายุติดบ้านติด เตียง เป็นต้น 2) กำหนดเกณฑ์การเยี่ยมก่อน จำหน่ายกลับบ้าน ในกลุ่มโรคสำคัญเช่น Stroke STIME DM/HT TBI Palliative Care Bedridden และผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เป็นต้น 3) กำหนดเกณฑ์การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ โดย แบ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Home ward ตามความ รุนแรง เป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับ 1 มี ADL 75-100 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้มีปัญหาคาดูแลตนเอง เล็กน้อย ระดับ 2 มี ADLมากกว่า20-น้อยกว่า75 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีปัญหาคาดูแล ตนเองในระดับกลางและมีปัญหาด้านอื่นๆร่วมด้วย

ระดับ 3 มี ADL 0-20 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากหรือไม่ได้มีปัญหาคาดูแลตนเองหรือเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสม และมีปัญหาด้านอื่นๆในระดับส่งผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง 4)วางแผนการเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ ประจำเดือน 5)ประชุมปรึกษา ทั้งก่อนและหลัง การเยี่ยมบ้าน(pre-post Conference) ทั้งเป็น ทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 6)ติดตามเยี่ยม บ้านร่วมกับทีมเยี่ยมชุมชน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ ศสม.,อสม.,จิตอาสา, Care giver 7) ประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการดูแลและสรุปผล การดูแลเป็นรายกรณี 8)การจำหน่ายผู้ป่วย โดย กรณี ความสามารถในการดูแลตนเองดีส่งต่อให้ รพ.สต.และ ศสม. ติดตามดูแลโรคเรื้อรังในชุมชน และจำหน่ายออกจากระบบ กรณีไม่พบหรือย้ายที่ อยู่และเสียชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล (Check)

ผลการติดตามพบว่า อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องในปี 2565 (1 ตุลาคม 2564-30 เมษายน2565) ในเขตอำเภอชุมแพ จำนวน 228 ราย ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบ กลับ จำนวน 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.12 มี ภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ข้อติด การติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ และแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 10 ความ พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 84.47 พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่นำไปสู่การ ปรับปรุงการดำเนินงาน ดังนี้

1. โปรแกรมระบบ HHC ยังไม่สมบูรณ์ โดย สามารถขึ้นทะเบียนผู้ป่วยได้แต่ยังไม่สามารถออก รายงาน ทำให้เกิดความล่าช้าในการสรุปการ ติดตามเยี่ยมบ้าน ขาดการสะท้อนข้อมูลใน ระยะแรกเนื่องจากขั้นตอนการเขียนโปรแกรมยังไม่ เสร็จสมบูรณ์ และมีการปรับแก้ในส่วนของรายงาน ผลการดำเนินงานที่เข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ใช้ ระบบกับผู้เขียนโปรแกรม

2. ในขั้นตอนการสะท้อนข้อมูล แจ้งไปยัง รพ.สต. และ ศสม. ไม่ได้รายงานผู้บริหารและทีม

ผู้รับผิดชอบในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำให้ขาดการกำกับดูแล

3. มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. และ ศสม. ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง

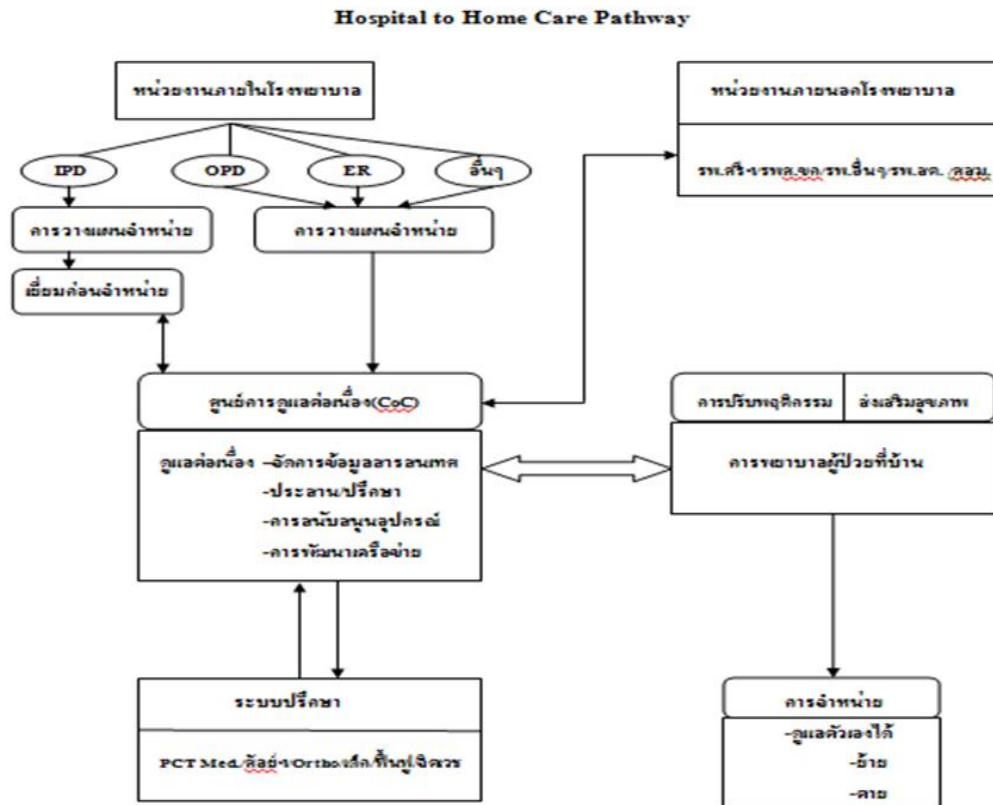
4. เกณฑ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Home Ward (ติดบ้านติดเตียง) ในกรณีความถี่ ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ไม่สามารถออกเยี่ยมได้ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยใน รพ.สต. และ ศสม. มีจำนวนมาก จึงปรับความถี่ในการเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสม รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่างๆ พิจารณาใช้ตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (Act) จากการประเมินดังกล่าวข้างต้นได้มีการดำเนินการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาตามบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ ดังนี้

4.1 การพัฒนาโปรแกรมระบบHHC ขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่อง หลังจากมีการสะท้อนปัญหาและพูดคุยกับผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ได้มีการปรับรายการออกรายงาน ได้แก่ สรุปรเยี่ยมบ้านในเขตแยกราช รพ.สต. และ

ศสม. สรุปรเยี่ยมบ้านนอกเขตแยกราชอำเภอ รายชื่อผู้ป่วยที่ยังไม่ตอบกลับเยี่ยมบ้าน ทะเบียนผู้ป่วย Palliative Care สรุปรผลความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ สรุปรผลการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และรายงานเยี่ยมบ้านส่งคืนหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนั้น มีการจัดทำคู่มือเพื่อเข้าใช้งานในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในโรงพยาบาล ได้แก่ Hospital to Home Care Pathway โดยมีการประชุมในคณะกรรมการปฐมภูมิ มีการปรับแนวทางการเข้าถึงระบบการดูแลให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบหลักของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง คือ การจัดการข้อมูลสารสนเทศ การประสานและปรึกษา การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ และการพัฒนาเครือข่าย นอกจากนั้นมีระบบปรึกษาการดูแลผู้ป่วยโดยทีมนำทางคลินิก(PCT)ต่างๆ มีทีมการพยาบาลที่บ้านรับผิดชอบติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพและปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยจากระบบการดูแล ดังภาพที่ 1

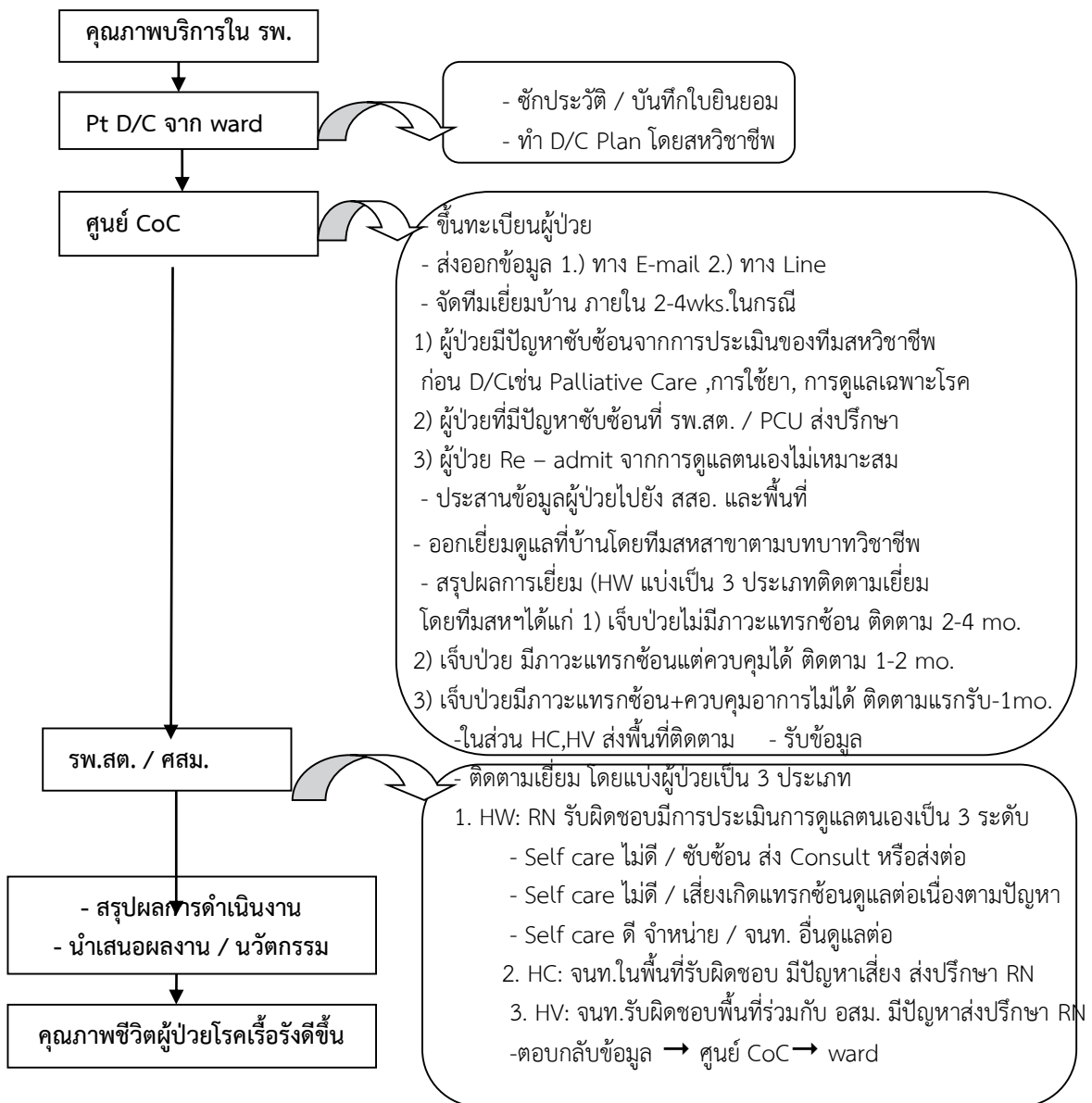


ภาพที่ 1 Hospital to Home Care Pathway ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมแพ

นอกจากนั้นในระดับเครือข่ายอำเภอ มีการพัฒนาแนวทางให้สอดคล้องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โดย รพ.สต. และ ศสม.รับข้อมูลจากศูนย์การดูแลต่อเนื่อง มีการประเมินผู้ป่วยเป็น 3 ระดับโดยระดับที่1 Home Ward(ติดบ้านติดเตียง) ถ้า Self Careไม่ดี พบภาวะแทรกซ้อน ส่งปรึกษาหรือส่งต่อโรงพยาบาล ถ้า Self Careไม่ดี เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน ดูแลต่อเนื่องโดยทีมพยาบาล และถ้า Self Careดี จำหน่ายผู้ป่วยเป็น ระดับที่2

Home Care(การดูแลที่บ้าน)โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบประจำหมู่บ้านร่วมดูแล และเมื่อผู้ป่วยควบคุมภาวะโรคได้ดี จำหน่ายเป็นระดับที่3 Home Visit (การเยี่ยมบ้าน) ติดตามเยี่ยมกลุ่มโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป โดยทีมเยี่ยมชุมชนได้แก่ อสม., จิตอาสา, Care giver เป็นต้น มีการสรุปผลงาน นำเสนอผลงาน และนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง ดังภาพที่ 2

แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายอำเภอชุมแพ



ภาพที่ 2 แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายอำเภอชุมแพ

4.3 เกณฑ์การเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ ในกลุ่มผู้ป่วย Home Ward (ติดบ้านติดเตียง) แบ่งความรุนแรง เป็น 3 ระดับ⁶ ได้แก่

ความรุนแรงระดับที่ 1 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรกจากการเป็นโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ เกณฑ์การประเมินประกอบด้วย 1) ช่วยเหลือตนเอง

ได้/ได้ดี 2) ADL 75-100 คะแนน 3) มีปัญหาการดูแลตนเอง(self care)เล็กน้อย 4) มีปัญหาด้านอื่นๆในระดับเล็กน้อยหรือไม่มี (ปัญหาด้านอื่นๆได้แก่ จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ครอบครัว/ผู้ดูแล สังคม/ชุมชน/สิ่งแวดล้อม รายได้/เศรษฐกิจ) ความถี่การติดตามเยี่ยม: ทุก 2-4 เดือน การประเมินภาวะเสี่ยง: Fall, 2Q, การรับรู้/การปฏิบัติตัว, ครอบครัว, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม

ความรุนแรงระดับที่ 2 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ มีความจำกัดหรือไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแลหรือควรช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน เกณฑ์การประเมินประกอบด้วย 1) ช่วยเหลือตนเองได้น้อย 2) ADL>20 - <75 คะแนน 3) มีปัญหาการดูแลตนเอง(self care)ในระดับปานกลาง 4) มีปัญหาด้านอื่นร่วมด้วยในระดับส่งผลกระทบในการดูแลตนเอง

ความถี่ของการติดตามเยี่ยม : ทุก 1-2 เดือน การประเมินภาวะเสี่ยงจากการทรงตัว/การเคลื่อนไหวได้น้อย:ADL,Fall,2Q,9Q,การรับรู้/การปฏิบัติตัว,ครอบครัว/ชุมชน,สิ่งแวดล้อม ความรุนแรงระดับที่ 3 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยากรณ์สภาพของโรค ทำให้เกิดความพิการ จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือใส่เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เกณฑ์การประเมินประกอบด้วย 1) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ได้น้อยมาก 2) ADL 0-20 คะแนน 3) มีปัญหาการดูแลตนเอง(self care)และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสม 4) มีปัญหาด้านอื่นร่วมด้วยในระดับส่งผลกระทบในการดูแลตนเอง ความถี่ของการติดตามเยี่ยม : ทุก 1 เดือนหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินภาวะเสี่ยงจากการนอนนานๆ: ADL, Barden's score, CA-UTI, 2Q, 9Q, การรับรู้/การปฏิบัติตัว, ครอบครัว/ชุมชน,สิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดการประเมินระดับความรุนแรง ได้มีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ความถี่ในการติดตามเยี่ยม และแบบประเมินภาวะเสี่ยงที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามประเด็นปัญหาและความต้องการนอกจากนั้นมีการจัดทำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัวINHOMESSS⁷ คือ Immobility: การเคลื่อนไหวและการประเมิน Barthel ADL index Nutrition: การจัดการเรื่อง

อาหาร Home environment: สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม Other people: ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว Medication: การให้ยาและสมุนไพร Examination: การตรวจรักษา Spiritual health: สภาพทางด้านจิตวิญญาณ Service: แหล่งบริการใกล้บ้านและสวัสดิการสังคม Safety: ความปลอดภัย โดยมีการปรับปรุงแบบประเมินและพัฒนาแบบฟอร์ม ให้เหมาะสม ใช้งานได้สะดวก และสามารถปฏิบัติได้จริง

2. ผลลัพธ์การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ ปี 2565 สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องจำนวน 468 ราย ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับ จำนวน 319 ราย คิดเป็นร้อยละ68.16 โดยเป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอชุมแพจำนวน 365 ราย ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับจำนวน319 ราย คิดเป็นร้อยละ87.40 และผู้ป่วยนอกเขตอำเภอชุมแพจำนวน 103 ราย ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับ

2) กลุ่มโรคเรื้อรัง 5 อันดับที่พบมากที่สุดคือ strokeคิดเป็นร้อยละ35.7 รองลงมาคือPalliative care คิดเป็นร้อยละ 21.1, โรคทางอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ9.53, จิตเวช คิดเป็นร้อยละ8.11 และ ศัลยกรรมกระดูก คิดเป็นร้อยละ7.51

3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 141 ราย ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 159 ครั้ง สรุปภาวะสุขภาพ ดังนี้ 1)Home Ward(ติดบ้านติดเตียง)โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการติดตามเยี่ยมต่อจำนวน 11ราย 2) Home Care ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองติดตามเยี่ยมโรคเรื้อรังในชุมชน จำนวน 49 ราย 3) ดูแลระยะยาว(LTC) จำนวน 29 ราย 4)ไม่พบหรือย้ายที่อยู่ จำนวน 1 ราย และ 5) เสียชีวิต จำนวน 9 ราย

4) พบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ9.52 จากผู้ป่วย Home Ward (ติดบ้านติดเตียง) ทั้งหมด 273 ราย

โดยมีภาวะแทรกซ้อนกรณีแผลกดทับ (Bed Sore) มากที่สุด จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.77 รองลงมาคือ ข้อติด จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.23 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ(UTI) จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.38 และปอดบวม จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.85

5) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 85.30(N=104 ราย)

6) ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้รับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-admittedเท่ากับ 0)

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) เกิดการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การขึ้นทะเบียนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่อง การรายงานผลการดูแลไปยังศูนย์การดูแลต่อเนื่องและหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วย

2) เกิดระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ และเกณฑ์การดูแลในกลุ่มผู้ป่วย Home Ward (ติดบ้านติดเตียง) ที่สามารถปฏิบัติได้ มีการปรับใช้อย่างเหมาะสมตามบริบทและประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จิตแพทย์ พยาบาล เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา โภชนากร ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และทีมเยี่ยมชุมชน ได้แก่ อสม., จิตอาสา, Care giver, มูลนิธิ และกิ่งกาชาดอำเภอ

3) มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการพัฒนางานด้านข้อมูล ส่งผลให้การดำเนินงานมีความรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำขึ้น มีการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเดิมของโรงพยาบาล ลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล โปรแกรมสามารถสรุป รายงาน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และนำเสนอผลงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนั้นหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับ บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลที่บ้านเพื่อนำไปปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องต่อไป

4) เกิดแนวทางการติดตามประเมินผลการปฏิบัติและการเสริมพลังในระดับเครือข่าย โดยมีการมอบใบ ประกาศเกียรติคุณ ปีละ 1 ครั้ง ให้ รพ.สต. และศสม. แห่งที่มีการติดตามดูแลต่อเนื่องและตอบกลับข้อมูลผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ในการประชุม CUP BOARD มีการสรุปผลการดำเนินงานให้ผู้รับผิดชอบทุก 1 เดือนและเสนอผู้บริหารรับทราบทุก 3 เดือน และประเมินแนวทางปฏิบัติ ในการติดตามนิเทศเครือข่าย ปีละ 1-2 ครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายอำเภอชุมแพ เพื่อพัฒนาระบบการทำงานในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงบ้าน โดยใช้กระบวนการทำงานตามแนวคิดวงล้อเดมมิง PDCA สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา นำเสนอต่อคณะทำงานและทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมวางแผนกำหนดกระบวนการและแนวทางปฏิบัติ การติดตามผลลัพธ์ การแก้ไขปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงการปฏิบัติร่วมกัน เกิดการพัฒนาในหลายระบบ เช่น การพัฒนาระบบขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายระดับอำเภอแบบไร้รอยต่อ มีระบบส่งต่อข้อมูลที่เพิ่มการเข้าถึงและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยการสรุปผลงานและสะท้อนการปฏิบัติเป็นระยะ สอดคล้องกับ พิศสมัย บุญเลิศและคณะ (2559)² มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จากทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพ พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย โดยการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง ผู้บริหารในแต่ละระดับได้ให้ความสำคัญ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบและกำหนดการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการติดตามนิเทศตามเกณฑ์ชี้วัด ตามผลการดำเนินงานและ

ประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างขวัญกำลังใจ โดยการมอบใบประกาศเกียรติคุณแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ที่มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2560)³ ได้ศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายโรงพยาบาลโรคหัวใจประกอบด้วย4ปัจจัย ได้แก่ 1) กำหนดนโยบายและกลยุทธ์การจัดการดูแลแบบไร้รอยต่อที่เป็นรูปธรรม 2) การมีส่วนร่วมของทีมดูแลในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง 3) การสร้างความเข้มแข็งในเครือข่ายโรคหัวใจทุกระดับ 4) ผู้จัดการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

นอกจากนั้นมีการพัฒนาแนวทางดำเนินงานระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม กำหนดเกณฑ์การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีความชัดเจน มีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพทั้งก่อนและหลังการติดตามเยี่ยมบ้าน และการสรุปผลการดูแล สอดคล้องกับ อาคม รัชงษา (2561)^๖ พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต้องการทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษา มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี มีการวางแผนจำหน่ายจัดให้เข้าถึงบริการจากสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย และการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม การทำงานเป็นทีมเพื่อให้เกิดความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในทุกระดับตั้งแต่ในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และทีมเยี่ยมบ้านในชุมชน เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงานสอดคล้องกับ รุ่งฤดี อ่อนทาและคณะ(2559)⁴ ได้ศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลวิชาชีพและ อสม. ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การสาธิตการเยี่ยมบ้าน การกำหนดแผนการเยี่ยมบ้านและบทบาท การใช้แบบบันทึก และการประสานการ

ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและ อสม. เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ.05 ในส่วนผลลัพธ์การพัฒนาพบว่าอัตราการเยี่ยมบ้านตอบกลับระหว่างเครือข่ายภายนอกอำเภออยู่ในระดับน้อย ส่งผลให้เป้าหมายการดูแลต่อเนื่องไม่ผ่านเกณฑ์ในภาพรวม โดยพบว่าการดำเนินงานระหว่างเครือข่ายภายนอกอำเภอยังมีรอยต่อ ไม่มีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน และพบว่าในอำเภอ รอยต่อระหว่างจังหวัด มีการใช้โปรแกรม Thai COC ในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการปฏิบัติงานแบบครบวงจร เชื่อมโยงเครือข่ายได้ในทุกระดับ และในปัจจุบันมีการใช้โปรแกรมแพร่หลายมากขึ้น ทางศูนย์ดูแลต่อเนื่องจึงได้มีแผนพัฒนาการใช้โปรแกรม Thai COC ในลำดับต่อไป การสร้างเครือข่ายการทำงานเพื่อพัฒนาการดูแลต่อเนื่องระหว่างอำเภอในกลุ่มโรคสำคัญ จึงมีความสำคัญ เป็นเป้าหมายและแผนพัฒนาการดูแลต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในชุมชน ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ซึ่งมีความซับซ้อน ต้องการการดูแลระยะยาว
2. การพัฒนาโปรแกรมระบบ HHC เป็นระบบที่ไม่ใช้กระดาษ (paperless) แบบครบวงจร
3. ควรนำผลดำเนินงานดูแลต่อเนื่องไปกำหนดเกณฑ์ชี้วัดในกลุ่มโรคสำคัญ และควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถดูแลตนเองได้
4. พัฒนาเครือข่ายศูนย์การดูแลต่อเนื่องระหว่างอำเภอ เพื่อเชื่อมโยงการบริการแบบไร้รอยต่อ ต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- 1.เกษราวัลณ์ นิลวางกูร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลชุมชน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- 2.พิสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภาวดี แฉวเพีย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(2), 79-87.
- 3.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราคุลย์, ลัดดาวัลย์ เตชะกุง, นวลใย พิศชาติ. (2560). ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแล แบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28(2), 154-167.
- 4.รุ่งฤดี อ่อนทา, สุทธิพร มูลศาสตร์. ปาหนัน พิชยภิญโญ. (2559). การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(4), 19-27.
- 5.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. นครปฐม: บริษัทพรินเทอรี่.
- 6.สำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- 7.สำนักงานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. (2557). เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. .
- 8.อาคม รัฐวงษา. (2561). การพัฒนาแนวทางจัดการรายกรณีเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อเนื่องที่บ้าน
- 9.โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon-ratchasima, 24(1), 22-39.
- 10.Bull, M.J., Hansen, H.E., & Gross, C.R. (2000). A professional – patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. Applier Nursing Research. 13, 19-128.
- 11.Stockien M. (2005).Quality improvement systems, theory and tools. Chicago. Health administration Press.

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส

The development of a multi-dimensional elderly health service management model for quality of life in Narathiwat

(Received: September 18,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์¹

Chaiwat Phatthanapisansak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาสและศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 382 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป็นผู้สูงอายุที่สมัครใจ เก็บข้อมูลจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ตัวชี้วัด และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.8 มีอายุในช่วง 60-64 ปี ร้อยละ 40.1 มีสถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 76.7 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.2 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน ร้อยละ 51.6 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 36.4 ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวม มีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 4.36 รองลงมา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ย 4.30 และด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ย 3.85 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 3.53 ผลการทดสอบทางสถิติการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส พบว่าเพศ ระดับการศึกษา และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งพบว่าปัจจัยเรื่องอายุ สถานภาพ และรายได้ต่อเดือน มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต

ABSTRACT

This research is participatory action research. The objective is to study the situation and develop a model for providing multidimensional health services for the elderly. in the health care of the elderly Narathiwat Province and study the quality of life of the elderly in Narathiwat Province. A purposive sampling group of 382 people was selected, consisting of elderly people living in Narathiwat Province. Criteria for inclusion in the group were voluntary elderly people. Data were collected from the World Health Organization Quality of Life Assessment, Thai version. (WHOQOL-BREF-THAI) 26 indicators and data analysis using frequency distribution (frequency), percentage (percentage), mean (mean) and standard deviation (standard deviation)

Keywords: Models of health service provision for the elderly, quality of life

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญปัญหาผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี 2050 ประเทศที่มีอัตรา

ผู้สูงอายุสูงสุดคือญี่ปุ่น ในปี 2050 จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 พันล้านคน หรือร้อยละ 22 ของประชากรโลกทั้งหมด ในปี 2020 (มูลนิธิสถาบันวิจัย

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

และพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) ปี พ.ศ. 2548 ผู้สูงอายุในประเทศไทย มีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 10 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในปี 2562 ปี 2564 มีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2574 มีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 28 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 คือ ประชากรสูงอายุจะมีถึง 1 ใน 5 และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในอีก 20 ปี (พ.ศ. 2578) จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย, 2559)

จังหวัดนราธิวาส มีประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2565 เท่ากับร้อยละ 11.46 11.76 และ 12.29 ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2566 มีประชากรสูงอายุ จำนวน 82,213 คน จากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 647,890 คิดเป็นร้อยละ 12.69 ซึ่งแสดงให้เห็นจังหวัดนราธิวาส มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอันเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและความเสื่อมจากความชราที่เพิ่มขึ้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุ มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ทั้งนี้ ความท้าทายจากการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ คือ ประชากรสูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมได้อย่างไร และกลุ่มประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุ จะมีการเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้หรือไม่ ประเทศไทยจะมีการขับเคลื่อนการ

ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ จึงจำเป็นต้องผลักดันการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ต้องมีการจัดระบบบริการสุขภาพในผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

ดังนั้น การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพมีรูปแบบต่างๆ ซึ่งเป็นรูปแบบหลากหลายมิติ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง การส่งเสริมและสนับสนุนการมีงานทำ มีรายได้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมในผู้สูงอายุ ที่ผ่านพบว่า ยังไม่มีการประเมินด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาด้านการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัวและรายได้ต่อเดือน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ และดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ พฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2566 รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาสโดยดำเนินการศึกษา 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล ผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุ (Case Manager) ผู้รับผิดชอบงาน คลินิกสูงผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล และตัวแทน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 50 คน โดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มต้องเป็นผู้ที่ 1) ปฏิบัติงานโดยตรงด้านผู้สูงอายุ 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และ 3) สนใจเข้าร่วมการศึกษา การสนทนากลุ่มใช้แบบสัมภาษณ์ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ ในการสนทนานี้เป็นการระดมสมองเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ สังเคราะห์ สภาพปัญหาและความต้องการในพัฒนารูปแบบ เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาที่สำคัญ และนำเสนอรูปแบบที่คาดหวังและต้องการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) และจัดเป็นประเด็น (theme)

ขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 50 คน ประกอบด้วย ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ โรงพยาบาล ผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุ (Case Manager) ผู้รับผิดชอบงาน คลินิกสูงผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล และตัวแทน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้สัมภาษณ์เชิงลึกต้องเป็นผู้ที่ 1) ปฏิบัติงานโดยตรงด้านผู้สูงอายุ 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และ 3) สนใจเข้าร่วมการศึกษา การสัมภาษณ์ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 2 ข้อ โดยนำข้อความที่ได้จาก

การสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) และจัดเป็นประเด็น (theme) เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบฯ โดยสรุปเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการต่อไปได้ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ Index of Item Objective Congruence: IOC เพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน

ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ โรงพยาบาล ผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุ (Case Manager) ผู้รับผิดชอบงาน คลินิกสูงผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล และตัวแทน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนา การดูแลผู้สูงวัยด้วยสายใยหลากหลายมิติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ (ร่าง) คู่มือรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ที่ได้จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำคู่มือฉบับร่าง ตรวจสอบคุณภาพโดยใช้ Index of Item Objective Congruence: IOC เพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำรูปแบบไปใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ประเมินคุณภาพชีวิตการพัฒนาแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส โดยมีการดำเนินการดังนี้

3.1 การพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้



ความรู้เรื่องสถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุในยุคสมัยใหม่ การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย การดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ และประเมินความรู้ โดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบความรู้การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ Index of Item Objective Congruence: IOC เพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3.2 การนำพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ไปทดลองใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 382 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซีมอร์แกน โดยดำเนินการใน 3 โซนและจำนวนผู้สูงอายุแต่ละโซนแบ่งตามสัดส่วนของผู้สูงอายุแต่ละโซนและแต่ละอำเภอ ดังนี้

โซน 1 ผู้สูงอายุจำนวน 168 คน (อ.เมืองนราธิวาส 67 คน อ.ยี่งอ 26 คน อ.บาเจาะ 27 คน อ.รือเสาะ 33 คน อ.ศรีสาคร 15 คน)

โซน 2 ผู้สูงอายุจำนวน 113 คน (อ.ตากใบ 36 คน อ.ระแงง 44 คน อ.เจาะไอร้อง 17 คน อ.จะแนะ 16 คน)

โซน 3 ผู้สูงอายุจำนวน 101 คน (อ.สุไหโกลก 35 คน อ.สุไหปาตี 29 คน อ.สุคิริน 12 คน อ.แว้ง 25 คน)

การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการฯ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง และผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมโครงการฯ คือ 1) ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปี 2) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่มีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป และ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือมีปัญหาด้านการสื่อสาร เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ตัวชี้วัด ที่ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ Index of Item Objective Congruence: IOC เพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการได้รับการพิจารณาอนุมัติกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รหัสโครงการวิจัย 23/2566 ลงวันที่ 5 มกราคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส โดยใช้ เครื่องมือชี้วัด

ตามแบบอย่างขององค์ การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส

วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรายได้ต่อเดือน โดยใช้ สถิติการวิเคราะห์ คือ ค่าความถี่และค่าร้อยละ พบว่า

เพศ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.8 และเพศชาย ร้อยละ 48.2

อายุ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี ร้อยละ 40.1 รองลงมา มีอายุ 65-69 ปี และ 70-74 ปี ร้อยละ 30.4 และ 14.1 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 76.7 รองลงมาหม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่ ร้อยละ 19.3 นอกนั้นสถานภาพโสด ร้อยละ 3.7

ระดับการศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.2

รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.2 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 11.8 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 1.8

จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกใน ครอบครัว 1-2 คน ร้อยละ 51.6 รองลงมา มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 24.9 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 23.6

รายได้ต่อเดือน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 36.4 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 22.8 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 15.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREFTHAI) ซึ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ข้อมูลแสดงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังรายละเอียดในตาราง

ตาราง 1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ด้านร่างกาย

คุณภาพชีวิต	X	SD	แปลผล
1. การเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้มากนักน้อยเพียงใด	1.67	.767	น้อย
2. ท่านมีกำลังเพียงพอ ที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันมากนักน้อย เพียงใด (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	4.20	.828	ดีมาก
3. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด	4.11	.848	ดี
4. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	4.33	.733	ดีมาก
5. ท่านจำเป็นต้องไปรับบริการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้แต่ละวัน	1.73	.694	น้อยมาก
6. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักน้อยเพียงใด	4.32	.715	ดีมาก
7. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	4.36	.738	ดีมาก
ภาพรวม	3.53	.282	ดี

จากตาราง 1 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ทางด้านร่างกาย พบว่ามีคุณภาพชีวิตในภาพรวม อยู่ในระดับดี คือมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สูงอายุพึงพอใจกับสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ย 4.36 รองลงมาสามารถทำอะไรๆ



ผ่านไปได้ในแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ย 4.33 ความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มีค่าเฉลี่ย 4.32 และมีกำลังเพียงพอ ที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน(ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)มีค่าเฉลี่ย 4.20 ข้อคะแนนที่มีเฉลี่ยต่ำที่สุด (เป็นข้อคำถามทางลบ) คือ จำเป็นต้องไปรับบริการรักษาพยาบาลมาก

น้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้แต่ละวัน มีค่าเฉลี่ย 1.73 รองลงมาการเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 1.67

ตาราง 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ด้านจิตใจ

คุณภาพชีวิต	X	SD	แปลผล
1. ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีหวัง)	4.25	.740	ดีมาก
2. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ มากน้อยเพียงใด	4.28	.700	ดีมาก
3. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยเพียงใด	4.20	.751	ดี
4. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้เพียงใด	4.26	.722	ดีมาก
5. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึ้นหวัง	1.74	.743	น้อยมาก
6. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	4.41	.747	ดีมาก
ภาพรวม	3.85	.408	ดี

จากตาราง 2 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับดี คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 และ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยเฉลี่ยสูงสุด คือ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มีค่าเฉลี่ย 4.41 รองลงมา มีสมาธิในการทำงานต่างๆ ยอมรับรูปร่างและ

บุคลิกหน้าตาของตนเองและรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุขความสงบ มีความหวัง) 4.28, 4.26 และ 4.25 ตามลำดับ มีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ข้อคำถามทางลบ) คือ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึ้นหวัง วิตกกังวล มีค่าเฉลี่ย 1.74

ตาราง 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

คุณภาพชีวิต	X	SD	แปลผล
1. ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	4.28	.737	ดีมาก
2. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น	4.29	.710	ดีมาก
3. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศเกิดขึ้นแล้ว ท่านมีวิธี จัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการ มีเพศสัมพันธ์)	4.35	.758	ดีมาก
ภาพรวม	4.30	.603	ดีมาก

จากตาราง 3 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศ

เกิดขึ้นแล้ว ท่านมีวิธี จัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการ มีเพศสัมพันธ์) มีค่าเฉลี่ย 4.35 รองลงมาพพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ และพพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นมีค่าเฉลี่ย 4.29 และ 4.28 ตามลำดับ

ตาราง 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ด้านสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิต	X	SD	แปลค่า
1. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีแค่ไหนในแต่ละวัน	4.29	.718	ดีมาก
2. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	4.33	.693	ดีมาก
3. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยแค่ไหน	4.38	.702	ดีมาก
4. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด	4.34	.758	ดีมาก
5. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อย เพียงใด	4.35	.747	ดีมาก
6. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	4.33	.761	ดีมาก
7. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	4.49	.667	ดีมาก
8. ท่านพอใจการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	4.41	.688	ดีมาก
ภาพรวม	4.36	.565	ดีมาก

จากตาราง 4 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ทางด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

คือสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.49 รองลงมา พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม) มีค่าเฉลี่ย 4.41 และมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมีค่าเฉลี่ย 4.38

ตาราง 5 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส โดยภาพรวม

คุณภาพชีวิต	X	SD	แปลค่า
ด้านร่างกาย	3.53	.282	ดี
ด้านจิตใจ	3.85	.408	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	4.30	.603	ดีมาก
ด้านสิ่งแวดล้อม	4.36	.565	ดีมาก
โดยภาพรวม	4.01	.399	ดี

จากตาราง 5 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ทางด้านต่างๆ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวม อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 4.36 รองลงมา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ย 4.30 และด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ย 3.85 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 3.53

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส โดยใช้เครื่องมือชีวิต ตามแบบอย่างขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL – BREF – THAI)

การศึกษาความแตกต่างของคุณภาพคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส ตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรายได้ต่อเดือน ดังนี้

ตาราง 6 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส
ตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปร	n	x	SD	t	Sig	เปรียบเทียบรายคู่
เพศ				.091	.928	
- ชาย	184	4.013	.399			
- หญิง	198	4.017	.400			
อายุ				4.820	.001*	คู่ที่ต่างกัน 4 คู่
- 60-64 ปี	153	4.02	.383			-60-64ปีกับ75-79ปี
- 65-69 ปี	116	4.02	.405			-65-69ปีกับ75-79ปี
- 70-74 ปี	54	4.06	.420			-70-74ปีกับ75-79ปี
- 75-79 ปี	34	3.77	.430			75-79ปีกับ80ปีขึ้นไป
80ปีขึ้นไป	25	4.20	.233			
สถานภาพ				.302	.050*	คู่ที่ต่างกัน 2 คู่
- โสด	14	3.77	.483			-โสดกับสมรส
- สมรส (อยู่ด้วยกัน)	293	4.02	.390			-โสดกับหม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่
หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	75	4.05	.410			
ระดับการศึกษา				1.822	.143	
- ประถมศึกษา	230	4.03	.410			
- มัธยมศึกษา	100	4.05	.379			
- ปริญญาตรี	45	3.94	.821			
สูงกว่าปริญญาตรี	7	3.76	.385			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				.617	.540	
- 1-2 คน	197	4.02	.387			
- 3-4 คน	90	3.98	.404			
- 5 คนขึ้นไป	95	4.04	.422			
รายได้ต่อเดือน				5.57	0.00*	ที่ต่างกัน 4 คู่
- ไม่มีรายได้	59	4.09	.353			-ไม่มีรายได้กับ1,000-
- ต่ำกว่า1,000 บาท	139	4.01	.387			4,999 บาท
- 1,000-4,999 บาท	48	3.88	.465			-ไม่มีรายได้กับ5,000-
- 5,000-9,999 บาท	49	3.87	.366			9,999 บาท
10,000 ขึ้นไป	87	4.13	.390			-10,000 ขึ้นไปกับ 1,000-4,999 บาท
						-10,000 ขึ้นไปกับ 5,000-9,999 บาท

*p<0.01

จากตาราง 6 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส ตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า

ผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกัน โดยเพศหญิงมี

คุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชายเพียงเล็กน้อย เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า เพศไม่มีความแตกต่างกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ไม่มีความแตกต่าง

ผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตสูงสุด รองลงมา คือ อายุ 70-74 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าอายุความแตกต่างกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ที่มีสถานภาพหม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่ มีคุณภาพชีวิตสูงสุด รองลงมา คือ สถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) และสถานภาพโสด มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าสถานภาพมีความแตกต่างกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุด รองลงมา คือ ที่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ปริญญาตรี ตามลำดับ ในขณะที่ที่สำเร็จการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ไม่มีความแตกต่าง

ผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก 5 คนขึ้นไป มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีที่สุด รองลงมา คือ และครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก 1 – 2 คน และครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก 3 – 4 คน เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความแตกต่างกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ไม่มีความแตกต่าง

ผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ที่มีรายได้ต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุด รองลงมา คือ ไม่มีรายได้ และต่ำกว่า 1,000 บาท ตามลำดับ ในขณะที่ รายได้ต่อเดือน 1,000-4,999 บาท และ 5,000-9,999 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่ารายได้ต่อเดือนมีความแตกต่างกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ระยะ **ระยะที่ 1** สถานการณ์ที่พบในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ การขนส่งและเดินทางของผู้สูงอายุ มีความยากลำบากในเข้าถึงบริการ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำ ผู้สูงอายุ สภาพสิ่งแวดล้อมไม่เป็นระเบียบ กำจัดขยะไม่ถูกต้อง ไม่มีความปลอดภัย ผู้สูงอายุบางคนเป็นครอบครัวเดี่ยว อยู่คนเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และ ชลกร ทรงศรี (2563) ที่พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัยไม่เหมาะสม พักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาขาดผู้ดูแลและ ไม่มีเงินในการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการดูแลและการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคลากรสุขภาพ บุตรหลาน และ เพื่อนบ้าน จึงควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพปลอดภัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง **ในระยะที่ 2** รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ที่ได้พัฒนานี้เป็นการบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้กิจกรรมการคัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส (Geriatric syndrome) **ระยะที่ 3** การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาสพบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.8 มีอายุในช่วง 60-64 ปี ร้อยละ 40.1 มีสถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 76.7 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.2 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน ร้อยละ 51.6 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 36.4 ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวม มีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ใน

ระดับที่ดี ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 4.36 รองลงมา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ย 4.30 และด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ย 3.85 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 3.53 ผลการทดสอบทางสถิติการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส พบว่าเพศ ระดับการศึกษา และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งพบว่ามีปัจจัยเรื่องอายุ สถานภาพ และรายได้ต่อเดือน มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของนัสสมล บุตรวิเศษและอุปรีษฐา อินทรสาด (2564) พบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.03, S.D.=0.86) ระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน อยู่ในระดับสูงทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ก้าน

จิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิเคราะห์และประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาสอย่างต่อเนื่องทุกปี
2. ควรนำผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส เผยแพร่ไปยังจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศและต่างประเทศ
3. ควรมีการติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลายมิติ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ระยะยาว ได้แก่ 1 ปี และ 2 ปี

เอกสารอ้างอิง

- 1.เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 9(3),94-105.
- 2.ณัฐธา ณ ราช. (2555). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. งานนิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 3.ปรียาภรณ์ ตั้งเพียร. (2551). การสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- 4.วาสนา เล่าตง. (2555). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเกาะสีชัง อำเภอกะสีชัง จังหวัดชลบุรี. งานนิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
- 5.สุลิต แววรรณเจือ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวมุสลิม เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- 6.อังคณา วังทอง ,อนุชิต วังทอง,อาแว ลือโมะและมณีนี แสงพุ่ม. (2562).คุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี.วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2(2),51-

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันในลำไส้และไส้เลื่อน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

Nursing care of patients with small bowel obstruction and inguinal hernia with sepsis : Case study

(Received: September 19,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

จุไรรัตน์ นนทวงษ์¹
Jurairat Nontawong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันในลำไส้และไส้เลื่อน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 12 ธันวาคม 2565 ด้วยอาการสำคัญปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลม 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Rt inguinal hernia with small bowel obstruction ได้รับการผ่าตัด Ileal resection end to end anastomosis ในวันที่ 12 ธันวาคม 2565 ขณะรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจ มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีอาการปวดท้อง เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แก้ไขภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ติดตาม SOS score บรรเทาอาการปวดก่อนและหลังผ่าตัด ดูแลบาดแผลไม่ให้ติดเชื้อ จนผู้ป่วยปลอดภัย และถอดท่อหายใจได้ แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ฟันฟูสภาพร่างกายและจำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 6 มกราคม 2566 รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 25 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคไส้เลื่อน, ภาวะอุดตันในลำไส้, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study was case study aimed to studied nursing care for patients with small bowel obstruction and inguinal hernia with sepsis.

Results of the study: A 71-year-old Thai female patient was admitted to the hospital on 12 December 2022 with significant symptoms of abdominal pain, nausea, vomiting, and no farting for 3 days before coming to the hospital. Doctors diagnosed Rt inguinal hernia with small bowel obstruction from computerized tomography and the patient was received Ileal resection end to end anastomosis on 12 December 2022. During admission, the patient had hypoxia and then was received intubation and ventilation. In addition, patient had a septicemia, a stomach ache, an imbalance of water and mineral salts in the body. Nurses use the nursing process to care for patients from the beginning, preoperative period and postoperative period, monitor complications from using a ventilator, fix bloodstream infections, monitor SOS score, relieve pain before and after surgery and take care of wounds for protection the infection. After that, the patient is safe and the breathing tube can be removed. The surgical wound is not infected. There were no complications after surgery. The patient received physical rehabilitation and was discharged on 6 January 2023. Total hospital admission for 25 days.

Keywords: nursing, inguinal hernia, small bowel obstruction, sepsis

¹ โรงพยาบาล

บทนำ

ไส้เลื่อน เป็นภาวะที่ลำไส้เลื่อนออกนอกช่องท้อง พบทั้งในเพศชายและหญิง เกิดจากความดันภายในช่องท้องสูง จากการตั้งครรภ์ อ้วน ท้องมาน้ำ การไอหรือการยกของหนัก หรือมีภาวะผนังช่องท้องอ่อนแอกว่าปกติ ตำแหน่งที่พบบ่อยโดยเฉพาะในเพศชาย ได้แก่ บริเวณขาหนีบ (inguinal hernia) นอกจากนี้อาจพบได้ที่สะดือ (umbilical hernia) ผนังหน้าท้อง (abdominal hernia) หรือตำแหน่งรอยผ่าตัด (incisional hernia) สามารถดันกลับเข้าที่เดิมได้ หากไม่สามารถดันลำไส้ที่เลื่อนออกมากลับเข้าสู่ช่องท้องได้ (incarcerated hernia) มีโอกาสที่ลำไส้ที่เลื่อนออกมาเป็นถุงจะขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดลำไส้เน่าตาย (strangulated hernia) หรืออาหารไม่สามารถผ่านออกไปได้ทำให้เกิดลำไส้อุดตันในตำแหน่งไส้เลื่อนนั้นได้¹⁻³

จากสถิติของผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ปี 2563-2565 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากับภาวะอุดตันในลำไส้จำนวน 12 คน, 8 คน และ 7 คน ตามลำดับ โดยพบสาเหตุจากภาวะไส้เลื่อนจำนวน 2 คน, 3 คน และ 2 คน ตามลำดับ โดยภาวะดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นเพียงบางส่วน (partial obstruction) หรือเป็นการอุดตันแบบทั้งหมดก็ได้ (complete obstruction) โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของการอุดตัน (Hinkle & Cheever, 2018) โดยเมื่อลำไส้อุดตัน สารน้ำและลมในลำไส้จะผ่านไปได้ไม่ได้ ทำให้ลำไส้โป่งพอง บวม ผนังลำไส้มีการคั่งของเลือด เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงและต่อมาอาจจะลำไส้แตกทะลุได้ (rupture bowel) มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ที่คั่งค้างในลำไส้ และช่องเยื่อหุ้มท้อง (peritoneal cavity) และผู้ป่วยมีกมีอาการอาเจียน ทำให้ปริมาตรน้ำในระบบไหลเวียนลดลง และเกิดความดันโลหิตต่ำและช็อกจากการเสียน้ำตามมาได้ (hypovolemic shock) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินหาสาเหตุที่จะทำ

ให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาพิเศษ ร่วมมือกับทีมวิชาชีพในการรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติของจากภาวะลำไส้อุดตัน ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และหลังการผ่าตัดลำไส้อุดตัน³

กรณีศึกษา

ประวัติผู้ป่วยทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรส คู่

อาชีพ รับจ้าง ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่ 14 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์

HN 0461754 AN 650011187

รับไว้ในโรงพยาบาล 12 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เวลา 22.48 น.

จำหน่ายผู้ป่วย วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2565 เวลา 11.00 น.

อาการสำคัญ

ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ท้องผูกบ่อย เวลาถ่ายอุจจาระจะต้องเบ่งถ่าย

3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลม

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประมาณ 2 ปี รับประทานยา ASA (81) 1 tab oral OD

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรงหรือโรคทางพันธุกรรม

ประวัติการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมีอื่น ๆ
ไม่แพ้ยา อาหาร หรือสารเคมีอื่น ๆ
การประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรอให้หายเอง และซื้อยามารับประทาน เมื่อเจ็บป่วยมากจะเข้ารักษาในสถานอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาล สิ่งเสียดัด ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ประเมินสุขภาพหายใจเหนื่อย บ่นแน่นท้อง ท้องอืดตึงมาก ปัสสาวะออกน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตรงตามเวลา โดยมีอาหารหลัก คือ ข้าวเจ้า ชอบอาหารที่มีรสจัด รับประทานได้ทุกประเภทชอบรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ลาบ ยำ ไม่เคยแพ้สารอาหารใด ๆ ประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการงดน้ำและอาหาร เพื่อสังเกตอาการปวดท้องและรอทำผ่าตัด น้ำหนักประมาณ 51 กิโลกรัม ส่วนสูงประมาณ 155 เซนติเมตร ได้รับ 0.9 % NaCl 1000 mL iv drip 120 mL/hr.

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ปกติถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง 1 เดือนที่ผ่านมา มีท้องผูกบ่อย ๆ ทำให้ต้องเบ่งถ่ายอุจจาระ ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะไว้เพื่อประเมินจำนวนปัสสาวะ ขณะนี้จำนวนปัสสาวะยังไม่ออก

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำได้ตามปกติ ออกกำลังกายเดินระยะสั้น ๆ ได้ ประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

แขนขาทั้งสองข้างแรงดี ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน การนอนหลับ ผู้ป่วยนอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมง นอนเป็นเวลา ตั้งแต่เวลา 22:00 น.-06:00 น. นอนเวลากลางวันประมาณ 1 ชั่วโมง รับประทานยานอนหลับเป็นบางครั้ง ประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวบ่นปวดท้องมาก นอนไม่หลับ

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ การมองเห็น ไม่ชัดเจนตาพร่ามัว ประมาณ 3 ปี ไม่ได้สวมแว่นตา การได้ยิน หูทั้งสองข้างได้ยินชัดเจนดี การดมกลิ่น จมูกสามารถรับกลิ่นได้ตามปกติ การรับรส ลิ้นสามารถรับรสชาติอาหารได้ปกติ การสัมผัสความรู้สึกร้อนหนาว เจ็บปวดได้ตามปกติ ประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีความรู้การเจ็บปวดปกติ

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการเรียนรู้ตนเองและอัตโนทัศน์ ก่อนการเจ็บป่วยรู้สึกตัวตนเองสามารถทำงานได้ทุกอย่างปกติ ตามอายุ ประเมินสุขภาพ การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เป็นภาระของครอบครัว กลัวเสียชีวิต

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพดีกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน สามารถพึ่งพาได้ ไม่มีปัญหาในการปรับตัวหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น บทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ประเมินสุขภาพ บุตรสาวนำส่งโรงพยาบาล ฝ้าดูแลอาการด้วยความห่วงใย

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ไม่ปัญหา

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ กลัวเสียชีวิต

แบบแผนที่ 11 แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

เชื่อเรื่องบาป บุญ เเวกรรม ต้องการหายจากการเจ็บป่วยและอยู่กับครอบครัวนาน ๆ



การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ
รูปร่างสมส่วน ผิวเหลือง รู้สึกตัว หายใจ
เหนื่อย บ่นปวดท้อง แน่นท้อง ปัสสาวะออกน้อย
สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส
ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท
ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้
เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหว
ร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้
ผิวหนัง: ผิวสีขาเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือ
สะอาดตัดสั้น ดูซีด
ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำเข้มขาว ตัดสั้น
ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสอง
ข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยา
ต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรู
ม่านตา 2 มิลลิเมตร การมองเห็นไม่ค่อยชัดเจน
จากต้อกระจก ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ
ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่าง
ปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจ
เหนื่อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ฟังปอด
ไม่มีเสียง Crepitation หรือ Wheezing
หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจ
สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 120 ครั้ง/
นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร: ไม่พ่ายลม ไม่
ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึง
กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกาย
ปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดรูป
Motor power grade 5
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
WBC 12,740 cell/cu.m.m, Neutrophil
91%, Lymphocyte 6.7%, Monocyte 1.3%,
Eosinophil 0.5, Basophil 0.5%, Hct 32%
Na 131 mmol/L, K 3.04 mmol/L, Cl
100 mmol/L, CO₂ 21 mmol/L, BS 215 mg/dl.
Lactate 5.9 mmol/L
PT 18 sec, INR 1.14, PTT 28 sec
การตรวจพิเศษอื่น ๆ
Chest X- Ray: Normal
EKG: Sinus Tachycardia rate 120/min
CT Whole abdomen: Right inguinal
hernia contain small bowel loop with
proximal small bowel obstruction
การวินิจฉัยโรคแรกพบ Gut obstruction
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Obstruction
Rt femoral hernia with gangrene ileal
การผ่าตัด
Ileal resection end to end
anastomosis, repair rt femoral hernia

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่อง ออกซิเจน เนื่องจากอยู่ใน ภาวะช็อค ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยหายใจได้เองแต่เหนื่อย หอบ อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/ นาที	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ออกซิเจนทาง Mask with bag 10 LPM เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กับเนื้อเยื่อของ ร่างกาย 2. ประเมินสังเกตจุดบันทึกอาการแสดง Vital signs ทุก 30 นาที และอาการของภาวะขาด ออกซิเจน ได้แก่ ซีด ตัวเย็น กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเย็น เหียว 3. Monitor NIBP เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย 4. เตรียมอุปกรณ์พร้อมสำหรับการช่วยใส่ท่อหายใจ เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจน 5. ประเมินผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่ายมากขึ้น หายใจ 30-32 ครั้ง/นาที O ₂ saturation 94 % ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบตำแหน่งท่อ ต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุม ความดัน ให้การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อโดย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้ ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเย็น 3. สัญญาณชีพ ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลง 90/68 มิลลิเมตรปรอท 4. O₂ saturation 97%	- ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอ - ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะอย่างนุ่มนวลเมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อ หลอดลมคอ ดูดเสมหะครั้งหนึ่งๆ ไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้ self inflating bag ต่อกออกซิเจน 10 ลิตร/นาที บีบลมเข้าปอดอย่างนุ่มนวลสลับกับการดูดเสมหะ ขณะดูดเสมหะสังเกตอาการขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด ริมฝีปากเขียวคล้ำ ไม่พบภาวะดังกล่าว - ประเมิน Tidal volume และวัด O₂ saturation ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม - ฟังเสียงลมเข้า-ออกจากปอด ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ และตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ 6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม การประเมินผล รู้สึกตัวดี พักได้ กระสับกระส่ายบางครั้ง ไม่มีภาวะ Cyanosis ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-130/90 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 97-98%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออก ปวดแน่นท้องมาก กดเจ็บทั่วท้อง 2. ผล CT Whole abdomen: Right inguinal hernia contain small bowel loop with proximal small bowel obstruction 3. ใส่สายสวนปัสสาวะไม่มีปัสสาวะออก 4. อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที เบา การหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตลดลงต่ำลง 84/43 มิลลิเมตรปรอท 5. Na 131 mmol/L, K 3.04 mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO₂ 21 mmol/L, BS 215 mg/dl. Lactate 5.9 mmol/L 6. SOS score = 6 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัด position ในท่านอนหงาย ศีรษะและปลายเท้าสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยในการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงสมองมากขึ้น 2. ให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดย O₂ mask with reserrior bag 10 lit/min ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้นจึงใส่ท่อช่วยหายใจต่อ Bird's respirator FiO₂ 0.4 RR 18/min 3. เพิ่มปริมาณสารเหลวในหลอดเลือดดำ โดยดูแลให้ได้รับ IV fluid ตามแผนการรักษา ให้ 0.9 % NaCl 1000 ml iv load free flow 1000 ml then 120 ml/hr ควบคุมจำนวนหยดให้ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษา 4. เพิ่มการบีบตัวของหัวใจโดยการให้ Levophed 4 mg : 250 ml ปรับ rate ตั้งแต่ 10 µd/min เพิ่มทีละ 5 µ d/min ปรับจนถึง 30 µ d/min Keep systolic pressure มากกว่า 80 mmHg 5. วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาทีเพื่อประเมินการไหลเวียนและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วัด CVP ทุก 1 ชั่วโมง ต่อมาวัดทุก 2 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพคงที่ เพื่อประเมินภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ 6. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออก พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว 7. ประเมิน SOS score ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อให้ทราบความรุนแรงของการติดเชื้อ 8. บันทึกจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับ และบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง และประเมินความสมดุลในรอบ 8 ชั่วโมง การประเมินผล รู้สึกตัวดี แต่กระสับกระส่ายเนื่องจากมีอาการปวดแน่นท้องมาก กดเจ็บทั่วท้อง ท้องแข็งตึง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9-38.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 100-124 ครั้ง/นาที หายใจ 30-32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50-110/60 มิลลิเมตรปรอท จำนวนปัสสาวะออก 20-30 ml ต่อชั่วโมง



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดท้องมาก 2. สีหน้าไม่สุขสบาย หน้าเขียว 3. ผู้ป่วยขอยาแก้ปวด 4. ตรวจหน้าท้องพบว่ากดเจ็บ ทั่วท้อง ท้องแข็งตึง ฟังไม่ได้ยิน bowel sound 5. Pain score 10 คะแนน 6. ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/68 มิลลิเมตรปรอท	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการปวดท้องโดยสังเกตสีหน้าท่าทาง สอบถามความรุนแรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย และใช้ Pain score 2. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการปวด 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของอาการปวดท้อง จัดท่านอนในท่าสี่ระยะสูง (Fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ทำให้ทุเลาอาการปวดลง 4. ดูแลให้งดอาหารและน้ำ ใส่ NG tube ต่อกับ Gomco suction เพื่อบรรเทาอาการปวดและเศษอาหารเป็นการลดความดันในลำไส้และการเพาะอาหารช่วยบรรเทาอาการปวด อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การงดอาหารและน้ำจะช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ทำให้อาการปวดท้องลดลง 5. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าออกลึกๆ สักๆ 6. ดูแลตรวจเยื่อบุอาการของผู้ป่วยบ่อยๆ สัมผัสเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย แนะนำให้ญาติเฝ้าอาการใกล้ชิด 7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ชวนพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ 8. อธิบายผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงแผนการรักษาต่อไป ในที่นี้คือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุของอาการปวดท้อง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยตามความเหมาะสม เอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือปลอบโยนให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ 9. ดูแลให้ยาแก้ปวด Buscopan 20 mg iv stat การประเมินผล ผู้ป่วยยังมีการปวดท้องอยู่จากภาวะลำไส้ใหญ่อุดตัน มีสีหน้าเขียวชวมน้อยลง Pain score 7-9 คะแนน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโปตัสเซียมต่ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องแข็งตึง กระสับกระส่าย 2. Bowel sound negative 3. ผล Electrolyte K=3.04 mmol/L	กิจกรรมการพยาบาล 1. แก้ไขภาวะโปตัสเซียมต่ำ โดยผสม KCL 40 mEq ใน 0.9 % NaCl 1000 ml ควบคุมจำนวนหยดโดยเข้าเครื่อง infusion pump ปรับหยด 120 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงขณะให้ 2. ประเมินอาการแสดงของภาวะโปตัสเซียมต่ำ คือ ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจช้าลง 3. ติดตามค่า Electrolyte ประเมินผลโปตัสเซียม การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียจากอาการปวดท้อง แต่ไม่พบภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ตรวจเลือดซ้ำ K=3.5 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดและอาการ ผู้ป่วย ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. สอบถามพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยรวมทั้งตอบปัญหาของผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เห็นใจ แสดงความเป็นกันเอง เพื่อลดความวิตกกังวล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล เมื่อทราบว่าต้องผ่าตัด 2. ญาติสอบถามอาการว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยหรือไม่ 3. ผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงมาก่อน ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด	3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและเหตุผลที่ต้องเตรียมการผ่าตัด จากนั้นให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมทำการผ่าตัด ภายหลังให้ข้อมูลเรื่องโรคอย่างละเอียดแล้ว 4. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติทราบถึงโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ ว่าต้องผ่าตัดเนื่องจากลำไส้อุดตันจากภาวะไส้เลื่อน ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง
การพยาบาลหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock จากภาวะพร่องสารน้ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. ได้รับการผ่าตัด Ileal resection end to end anastomosis, repair rt femoral hernia 2. จำนวนเลือดที่เสียในระหว่างการผ่าตัด 200 ซีซี 3. แผลผ่าตัดซึมน้ำเล็กน้อย 4. พบความดันโลหิตลดลงในระหว่างผ่าตัด ความดันโลหิต 97/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98-102 ครั้ง/นาที 5. ระหว่างผ่าตัดปัสสาวะออก 100 ซีซี	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาคือ 0.9 % NaCl 1,000 ml iv drip 120 ml/hr 2. เพิ่มการบีบตัวของหัวใจโดยการให้ Levophed 4 mg : 250 ml ปรับ rate ตั้งแต่ 10 µd/min เพิ่มทีละ 5 µ d/min ปรับจนถึง 30 µ d/min Keep systolic pressure มากกว่า 80 mmHg 3. On Monitor NIBP เพื่อตรวจวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจรที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติหลังการผ่าตัด ตรวจวัดเป็นระยะๆ คือ 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ หลังจากนั้นวัดทุก 2 ชั่วโมง 4. สังเกตลักษณะบาดแผลและปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ที่ออกจากบาดแผล เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด 5. สังเกตอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออกมาก ซึ่งเป็นอาการของ Hypovolemic shock ไม่พบภาวะดังกล่าว 6. สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุกชั่วโมง น้อยกว่า 30 ml /hr รายงานแพทย์ ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว 7. ตรวจสอบและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย และสารน้ำออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง 8. เจาะเลือดหาค่า Hct ทันทีภายหลังผ่าตัด=27% และให้เลือด PRC 1 unit ตามแผนการรักษา การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวดี พูดคุยตอบรู้อเรื่อง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมเพิ่ม สัญญาณชีพ ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-120/90 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับ 2,500-3,200 ml/day ปริมาณน้ำที่ร่างกายขับออกทางปัสสาวะ 450-500 ml/8 hr.(55 ml ต่อชั่วโมง) Hct หลังให้เลือด 30%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ใบหน้าไม่สุขสบาย หน้ามืด คิ้วขมวด ใช้มือกุมแผลบ่อย 2. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลขยอแสบปวด 3. Pain score 10 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยและ Pain score ตรวจบันทึก สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. จัดท่านอน Fowler's position โดยไขหัวเตียงสูง 45-60 องศา และไขส่วนล่างตรงบริเวณเข่าสูง 15-20 องศา จะช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดอาการเจ็บตึงแผล 3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เป็นการลดความเจ็บปวด 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ สัมผัส เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับระยะเวลาในการเจ็บปวด แผลผ่าตัดจะปวดมากเป็นเวลา 3 วันแรกหลังผ่าตัด



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายขึ้น สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ 6. จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้ครอบคลุมการพักผ่อนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ประเมินระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักได้ 7. แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือ 2 ข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง และช่วยลดการสั่นสะเทือนของแผลผ่าตัด จะทำให้อาการปวดแผลลดลง ขณะเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่านอน ให้ทำด้วยความระมัดระวัง และดูแลไม่ให้อุปกรณ์ต่าง ๆ ตึงรั้ง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 8. สอนการไออย่างถูกวิธี ขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไว้ให้ใช้มือประคองบาดแผลให้แน่นก่อน ภายหลังจากถอดท่อช่วยหายใจออก ให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกซ้ำๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสั่นสะเทือนของบาดแผลโดยให้ใช้มือประคองแผลทุกครั้ง 9. ดูแลให้ยาแก้ปวด MO 3 mg iv prn ทุก 4 hr. ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่พบอาการดังกล่าว 10. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้น 11. ประเมินพฤติกรรมแสดงความรู้สึกปวดของผู้ป่วยซ้ำ หลังให้การพยาบาล การประเมินผล ในระยะ 1-2 วันแรก ผู้ป่วยยังปวดแผลมาก มีสีหน้ากังวล ขมวด ยังไม่กล้าขยับร่างกาย พฤติกรรมความเจ็บปวดอยู่ระดับ 5-6 ในวันที่ 3-4 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลง พฤติกรรมความเจ็บปวดอยู่ระดับ 4-5 นอนหลับพักผ่อนได้ 7-8 ชั่วโมง/วัน สัญญาณชีพ ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80- 140/90 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วย On ET-tube ต่อ Bird 'respirator 2 วัน เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะช็อค 2. แพทย์มีแผนการรักษาหยาเครื่องช่วยหายใจ	กิจกรรมการพยาบาล 1. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมโดยอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจขั้นตอนการหยา ประเมินการหยาเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจ 2. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ วัด Tidal volume ทุก 1 ชั่วโมง 3. ประเมินสัญญาณชีพก่อนและขณะหยาเครื่องทุก 15 นาที เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยทนต่อการหยาได้หรือไม่ โดยให้ O₂T-piece 10 LPM 15 นาที ทุกๆ 2 ชั่วโมง และเพิ่มเวลาในการหยาเครื่องขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ไม่เหนื่อยหอบ หายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท จึงถอดท่อช่วยหายใจ 5. ประเมิน O₂ saturation ระหว่างการหยาเครื่องช่วยหายใจ 6. แจ้งให้ผู้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ 7. ดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากออกให้หมด ปลดเสมหะออกจาก cuff ถอดท่อช่วยหายใจ 8. เมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจแล้ว On HFNC 60 LPM 9. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ O₂ saturation ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ Monitor NIBP อย่างใกล้ชิด 10. ติดตามและบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจ เตรียมอุปกรณ์พร้อมใส่ใหม่เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ มีนผล ระดับความรู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว สีผิวปกติ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก O₂ saturation 98-99 % สัญญาณชีพ ชีพจร 88-102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/92-136/70 มิลลิเมตรปรอท

อภิปรายผล

สาเหตุการเกิดภาวะลำไส้อุดตันในกรณีศึกษา นี้ เกิดจากไส้เลื่อน เมื่อศึกษาประวัติจากผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยยกของหนัก และมีภาวะท้องผูกบ่อยจึงเบ่งถ่าย อุจจาระ ส่งผลให้เกิดภาวะลำไส้เลื่อน โดยที่ผู้ป่วยมีอาการนำจากปวดท้องแต่มีอาการไม่มาก จึงไม่มารับ การตรวจ จนอาการรุนแรงขึ้น ไม่ผายลม ไม่ถ่าย อุจจาระ การวินิจฉัยจึงต้องอาศัยการตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ในช่องท้อง ในส่วนบทบาทของพยาบาล จึงต้องมีความสามารถในการซักประวัติ และค้นหา ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์การวินิจฉัยโรคให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและถูกต้อง

ในระยะวิกฤต ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัด กรองและวินิจฉัยว่ามีภาวะเสี่ยง Septic shock คือ มี ใช้ 37.8 องศาเซลเซียส การหายใจเร็ว 24-30 ครั้ง/ นาที ชีพจร 120 ครั้ง/นาที และ WBC 12,740 cell/mm³ โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อในช่องท้อง ผู้ป่วยมีภาวะ Sepsis และอาจเข้าสู่ภาวะ Septic shock หลังการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่ ตอบสนองต่อการรักษา และเสี่ยงต่อภาวะไตวาย เฉียบพลัน จึงต้องมีการให้ยา Levophed เพื่อให้

ร่างกายตอบสนองระดับความดันกลับมาในระดับปกติ ไม่เกิดไตวายเฉียบพลัน จากความรุนแรงดังกล่าว ซึ่ง นับเป็นภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา อย่างรวดเร็ว และเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ยา ปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง ซึ่งพยาบาลสามารถ ประเมินภาวะ Sepsis ได้อย่างรวดเร็ว จากอาการและ อาการแสดง การประเมิน SOS score และจากค่า Lactate ที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน รวมทั้งรายงานแพทย์ ทันที ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในระยะเวลาที่กำหนด ปลอดภัยจากภาวะ shock

ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้ เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรและแรงดัน ซึ่ง ในกระบวนการดูแล ถือว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนอยู่ มาก เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปรับตั้ง เครื่องที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ภาวะ Barotrauma , Atelectasis , Rupture alveolar เป็นต้นพยาบาลจึงระมัดระวังในการปรับตั้งเครื่อง ให้ สัมพันธ์กับพยาธิสภาพผู้ป่วย ติดตามค่า ABG เป็น ระยะๆรวมทั้งประเมินผลประสิทธิภาพการทำงานของ เครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องโดยพบว่าผู้ป่วย ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน^{6,8}

เอกสารอ้างอิง

- 1.จุมพล วิลาศศรีศรี. (2557). ไส้เลื่อน. โครงการตำรารามาริบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 2.ชลิต สงครามยส. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างการใช้ยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังในโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 23(3): 48-56.
- 3.นภาพร วงศ์วิวัฒนกิจ. (2561). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดช่องท้อง. พยาบาลสาร; 46(4): 193-201.
- 4.บุษบา สมใจวงษ์. (2560). เอกสารประกอบการสอน วิชา 261 221 การพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ 1 เรื่อง การพยาบาลผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 5.วรกร คำน้อย. (2566). การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่ ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลพัฒนานิคม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 8(2): 429 - 34
- 6.สาธ ธรรมนิยมอินทร์. (2561). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 10; 16(2): 58-68.
- 7.สมพร รอดจินดา, สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล และวิมลทิพย์ พวงเข้ม. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแส เลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 30(1): 120-34.
- 8.Levy MM, Evans LE, Rhodes A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Intensive Care Med; 44(6): 925-8.



การศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสกลนคร Study of the efficiency in wastewater treatment systems of community hospitals in Sakon Nakhon Province

(Received: September 19,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

ทัศนีย์ สดใส¹, บุญนาค แพงชาติ¹, ไกรวิทย์ เรืองถาวร²

Tassanee Sodsai¹, Bunnak Phaengchat¹, Kraiwit Rueangruehan²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและประเมินประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนครจำนวน 15 แห่ง โดยการสำรวจและใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ที่ได้นำไปสู่แนวทางในการดำเนินการบริหารจัดการน้ำเสีย การทดสอบเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในการศึกษาในครั้งนี้เท่ากับ 0.87 และ 0.82

ผลการศึกษาพบว่าขนาดของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนคร 10 เตียงจำนวน 1 แห่ง ขนาด 30 เตียง จำนวน 9 แห่ง ขนาด 60 เตียง จำนวน 2 แห่ง ขนาด 90 เตียง จำนวน 2 แห่ง และขนาด 120 เตียง จำนวน 1 แห่ง การบริหารจัดการน้ำเสียขึ้นตรงต่อกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลใช้ระบบบำบัดน้ำเสียแบบชีวภาพ (Biological Wastewater Treatment) คือ ระบบบำบัดแบบเอสบีอาร์ (Sequencing Batch Reactor) มีจำนวน 10 แห่ง ระบบบำบัดน้ำเสียแบบตะกอนเร่ง (Activated sludge) จำนวน 1 แห่ง และมีระบบที่เปลี่ยนแปลงอีก 4 แห่ง คือ แบบถังเกราะกรองไร้อากาศร่วมกับสระเติมอากาศ (Septic Anaerobic filter and Aerated pond) อายุการใช้งานของระบบบำบัดน้ำเสียเฉลี่ยมากกว่า 26 ปี และมีบางโรงพยาบาลมีปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นมากกว่าที่ระบบออกแบบไว้ สำหรับการจัดการความเสี่ยงในด้านระบบรวบรวม ระบบสูบน้ำเสีย และการควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสียทางโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ชัดเจนการแก้ไขปัญหาใช้รูปแบบการตรวจสอบหน้างานเท่านั้น

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ ระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลชุมชน

ABSTRACT

This study is a survey research. The objective is to survey and evaluate the efficiency of wastewater treatment systems of 15 hospitals in Sakon Nakhon Province by surveying and using questionnaires to collect relevant information. The results lead to guidelines for wastewater management. Testing the data collection tools and checking the content validity and reliability of the questionnaire in this study were 0.87 and 0.82

The results of the study found that the size of community hospitals in Sakon Nakhon Province is 1, 30 beds, 9, 2, 60, 2, 90, and 1, 120 beds. Wastewater management depends directly on Primary and Holistic Services Group The hospital uses a biological wastewater treatment system, which is an SBR treatment system (Sequencing Batch Reactor), in 10 locations. Activated sludge wastewater treatment system, 1 location, and 4 more systems that have changed, namely an anaerobic filter tank with an aerated pond (Septic Anaerobic filter and Aerated pond), lifespan of the treatment system The average wastewater is more than 26 years old, and some hospitals have more wastewater than the system designed. For risk management in the collection system

¹ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

² สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร

Wastewater pumping system And the control and supervision of the community hospital's wastewater treatment system is not clear. Solving the problem uses only the form of on-site inspection.

Keywords: efficiency, wastewater treatment system, community hospital

บทนำ

น้ำเสียเป็นผลผลิตของกิจกรรมมนุษย์ที่เป็นส่วนสำคัญของชีวิตประจำวัน เราใช้น้ำในการดื่ม ในการเชื่อมต่อกับธรรมชาติ ในการปรุงอาหาร และในการดำเนินกิจกรรมทางอุตสาหกรรมที่หลากหลาย แต่น้ำเสียที่เกิดขึ้นจากการใช้น้ำนั้นอาจมีผลกระทบอย่างมากต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของมนุษย์^{1,2} การที่น้ำเสียไม่ได้รับการจัดการหรือบำบัดอย่างเหมาะสมอาจทำให้เกิดปัญหาร้ายแรงทางสิ่งแวดล้อมและสามารถเป็นตัวก่อให้เกิดโรคและปัญหาสุขภาพได้ด้วย³ แหล่งกำเนิดน้ำเสียสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทหลักๆดังนี้ แหล่งน้ำเสียจากชุมชน (Domestic wastewater) เป็นน้ำเสียที่เกิดจากกิจกรรมประจำวันของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนรวมทั้งกิจกรรมที่เป็นอาชีพ แหล่งน้ำเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม (Industrial Wastewater) เกิดจากกิจกรรมต่างๆ ของโรงงานอุตสาหกรรมทุกประเภท น้ำเสียส่วนใหญ่มักเป็นน้ำล้างจากกระบวนการผลิตและของเสียที่เกิดขึ้น แหล่งน้ำเสียจากการเกษตร (Agricultural Wastewater) เกิดจากกิจกรรมทางการเกษตรครอบคลุมถึงการเพาะปลูกและการเลี้ยงสัตว์ ลักษณะของน้ำเสียประเภทนี้จะมีสิ่งสกปรกเจือปนอยู่ทั้งในรูปของสารอินทรีย์และสารอนินทรีย์^{2,4} แหล่งน้ำเสียเหล่านี้เมื่อมีการระบายลงสู่ธรรมชาติจะถูกควบคุมทางด้านกฎหมายตามพารามิเตอร์ที่สำคัญต่างๆ น้ำเสียที่ถูกปล่อยออกมาโดยไม่มีการบำบัดเป็นที่มาของมลพิษทางน้ำที่อาจเป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิตในน้ำและสิ่งแวดล้อมในระบบน้ำ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยในการบริโภคน้ำดื่ม เนื่องจากน้ำเสียที่มีส่วนผสมของสารมลพิษอาจทำให้น้ำดื่มไม่ปลอดภัยสำหรับการบริโภคมนุษย์⁵⁻⁷

โรงพยาบาลเป็นกิจกรรมหนึ่งในชุมชนที่เป็นแหล่งกำเนิดน้ำเสียโดยโรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการรักษาผู้เจ็บป่วย ดังนั้นของเสียที่เกิดจากการให้บริการรักษาผู้เจ็บป่วยอาจมีเชื้อโรคปะปนอยู่ได้ รวมทั้งน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดร่างกาย และอุปกรณ์ของผู้ป่วยต่างๆ ก็อาจมีเชื้อโรคและสิ่งสกปรกปนเปื้อน และอาจแพร่กระจายออกสู่สิ่งแวดล้อมภายนอกโรงพยาบาลได้^{6,8} การจัดการน้ำเสียของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างไร้มาตรฐานขาดการจัดการและดูแลที่ดีก็จะทำให้โรงพยาบาลกลายเป็นแหล่งแพร่กระจายโรคภัยต่างๆ ไปสู่ประชาชนและชุมชนที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้เคียง การบริหารจัดการน้ำเสียของโรงพยาบาลจึงเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานและปลอดภัยแก่ประชาชนและชุมชนที่อยู่อาศัยบริเวณใกล้เคียง ข้อกำหนดตามมาตรฐาน HA (Health Accreditation) ด้านการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม⁹ โรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องดำเนินการบำบัดน้ำเสียให้ได้มาตรฐานและเป็นไปตามกฎหมายที่กำหนดก่อนระบายลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ เพื่อลดปริมาณมลพิษและเชื้อโรคที่จะถูกระบายออกสู่สิ่งแวดล้อม ซึ่งการควบคุมและบริหารจัดการน้ำเสียโรงพยาบาลให้ได้คุณภาพมาตรฐานและเป็นไปตามกฎหมายที่กำหนดจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งและหากมีการศึกษาประสิทธิภาพการจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาลด้วยก็จะสามารถช่วยวางแผนแก้ไขปัญหาการบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป การศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลชุมชนเป็นการวิเคราะห์และประเมินวิธีการบำบัดน้ำเสียที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง โดยเน้นการประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการทางเทคนิค การ

จัดการและการดูแลรักษาของระบบ รวมถึงการปรับปรุงและแก้ไขที่จำเป็นในกรณีที่พบปัญหาหรือข้อบกพร่อง การศึกษาค้นคว้าวิจัยมีความสนใจถึงสถานการณ์ด้านประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดสกลนครซึ่งระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการออกแบบและก่อสร้างมากกว่า 20 ปี จึงอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านปริมาณน้ำเสียเนื่องจากการขยายตัวของโรงพยาบาลทำให้มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ซึ่งระบบบำบัดน้ำเสียที่มีอยู่ในปัจจุบันอาจไม่เพียงพอต่อการรองรับน้ำเสียที่เกิดขึ้น โดยการสำรวจ และศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุง แก้ไข และวางแนวทางในการพัฒนาระบบเพื่อรองรับกับการขยายตัวของโรงพยาบาลในอนาคต และเป็นไปตามมาตรฐาน HA (Health Accreditation) ด้านการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. นำไปใช้ในการวางแผนออกแบบในการปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียที่มีความเหมาะสมตามขนาดพื้นที่(โรงพยาบาล)
2. ข้อมูลที่ได้จะใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรที่ดูแลรับผิดชอบระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล
3. ใช้ในการวางแผนงานด้านงบประมาณทั้งในการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพรวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์บำบัดน้ำเสีย
4. เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน HA (Health Accreditation) ด้านการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องข้อมูลพื้นฐานด้านประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตรับผิดชอบจังหวัดสกลนคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสกลนคร และเพื่อใช้ในการปรับปรุงพัฒนาศักยภาพในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย และแนวทางการจัดการให้มีประสิทธิภาพแบบองค์รวมหลายมิติไปพร้อมกันในทุกโรงพยาบาลซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบของจังหวัดสกลนคร 15 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกุดบาก โรงพยาบาลกุสุมาลย์ โรงพยาบาลคำตากล้า โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โรงพยาบาลพังโคน โรงพยาบาลส่องดาว โรงพยาบาลอากาศอำนวย โรงพยาบาลวาริชภูมิ โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ โรงพยาบาลเต่างอย โรงพยาบาลโพนนาแก้ว และโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

2.2 ข้อมูลที่ใช้เพื่อการวิจัย แบ่งได้ดังนี้

1. ข้อมูลปฐมภูมิ ได้มาจากการเก็บข้อมูลภาคสนาม ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสอบถามจากแบบสอบถาม การสังเกต เช่น พฤติกรรมการใช้น้ำ การสำรวจระบบบำบัด เป็นต้น
2. ข้อมูลทุติยภูมิ ได้จากโรงพยาบาลที่ได้มีการเก็บไว้ในรูปแบบต่างๆ เช่น คู่มือ เอกสาร แบบแปลนระบบบำบัดน้ำเสีย ผลการตรวจวิเคราะห์น้ำทิ้งของโรงพยาบาล เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งคำถามปลายปิดและปลายเปิด ซึ่งแบ่งออกเป็น ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ข้อมูลด้านบ่อสูบน้ำเสีย ข้อมูลด้านระบบบำบัดน้ำเสีย และข้อมูลด้านบุคลากรในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือแบบสอบถามด้วยการสังเคราะห์และประยุกต์ใช้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ส่วนการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ด้วยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคุณลักษณะตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการวัด และทำการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของกรอนบาค พบว่าการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในการศึกษาในครั้งนี้เท่ากับ 0.87 และ 0.82

กระบวนการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำทั้งตามมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทั้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาดออกตามความมาตรา 55 แห่ง พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 เป็นคำถามเกี่ยวกับห้องปฏิบัติการตรวจสอบคุณภาพน้ำทั้งเบื้องต้นที่บ่อบำบัดน้ำเสีย ชุดทดสอบหรือเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพน้ำทั้งเบื้องต้น และการตรวจสอบคุณภาพน้ำทั้งที่ผ่านระบบบำบัดน้ำเสียอย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี (ตามมาตรฐาน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนั้น จะพิจารณาข้อมูลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการหาข้อมูลภาคสนาม ซึ่งเป็นแบบสอบถาม จะมุ่งเน้นเนื้อหาเดียวกันกับทุกโรงพยาบาล จนได้คำตอบที่ใกล้เคียงกัน ตรวจสอบ

ความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลเมื่อได้ข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ทุกฉบับแล้ว นำข้อมูลเหล่านั้นมาดำเนินการวิเคราะห์เนื้อเรื่อง เพื่อหาข้อสรุปอย่างสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การนำเสนอข้อมูลในลักษณะของเอกสารเชิงพรรณนา จากแบบสอบถาม

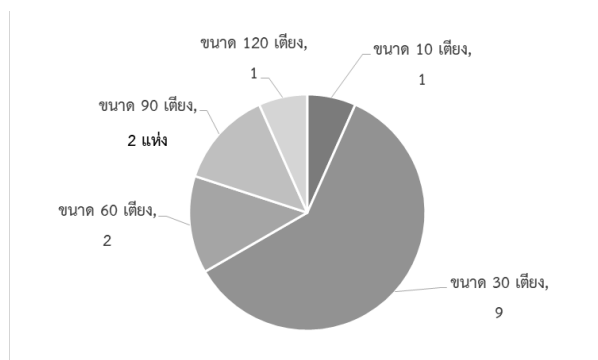
การประเมินและเสนอแผนการดำเนินงานในการบริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล: ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลที่ได้ สรุปผลและนำไปสู่แผนและเลือกแนวทางในการบริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชน การขยายผลการศึกษาให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลและบริหารจัดการน้ำเสียของโรงพยาบาลนำไปปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางที่ดี

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีพื้นที่เป้าหมายคือโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 15 แห่ง ในจังหวัดสกลนคร ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสกลนคร และเพื่อใช้ในการปรับปรุงพัฒนาศักยภาพในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย และแนวทางการจัดการให้มีประสิทธิภาพแบบองค์รวมหลายมิติไปพร้อมกันในทุกโรงพยาบาล ผลการศึกษาดังนี้

ขนาดเตียงของโรงพยาบาลชุมชน จากการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับขนาดของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนคร จำนวน 15 แห่ง สามารถแบ่งออกเป็น ขนาด 10 เตียงจำนวน 1 แห่ง ขนาด 30 เตียง จำนวน 9 แห่ง ขนาด 60 เตียง จำนวน 2 แห่ง ขนาด 90 เตียง จำนวน 2 แห่ง และขนาด 120 เตียง จำนวน 1 แห่ง (ภาพที่ 1) สำหรับบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบด้านการกำกับคุณภาพ

ของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
คือ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม



ภาพที่ 1 ขนาดของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนคร

การสำรวจจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนครมีจำนวนประชากรอยู่ในช่วง 101-323 คน เฉลี่ยเท่ากับ 203 คน (ข้อมูล 15 กันยายน 2565) โดยโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนบุคลากรมากที่สุดคือโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต (จำนวน 323 คน) และน้อยที่สุดคือโรงพยาบาลนิคมน้ำอูน (จำนวน 101 คน) การสำรวจแหล่งกำเนิดน้ำเสียที่เกิดจากบ้านพักอาศัยหรือแฟลตของเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลชุมชนพบว่าจำนวนบ้านพักสำหรับเจ้าหน้าที่ 3-32 หลัง โดยโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนบ้านพักมากที่สุดคือโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต (จำนวน 32 หลัง) และน้อยที่สุดคือโรงพยาบาลนิคมน้ำอูน (จำนวน 3 หลัง) บุคลากรอาศัยอยู่โดยเฉลี่ย 2 คนต่อหลัง และเมื่อมีการคำนวณปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธกับการใช้น้ำประปาได้ดังนี้ ปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้น = ปริมาณน้ำประปาที่ใช้ $\times 0.65-0.80$ (สำหรับกรณีนี้ใช้ 0.80) ⁸

ตารางที่ 1 ปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธกับการใช้น้ำประปาบ้านพักบุคลากร

ชื่อโรงพยาบาล	บ้านพักของ	อัตราการเกิดน้ำเสีย
	โรงพยาบาล (หลัง)	ลบ.ม./วัน
เจริญศิลป์	7	7.36
ส่องดาว	32	17.92
คำตากล้า	11	4.48
พระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต	16	6.72
พังโคน	26	9.28
พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร	25	27.36
นิคมน้ำอูน	3	6.88
กุสุมาลย์	22	10.88
วาริชภูมิ	25	19.52
พระอาจารย์แบน ธนากโร	5	23.36
เต่างอย	18	9.6
อากาศอำนวย	30	23.68
โคกศรีสุพรรณ	21	8.64
กุดบาก	12	7.68
โพนนาแก้ว	8	3.04
ค่ามากที่สุด	32	27.36
ค่าน้อยที่สุด	3	3.04
ค่าเฉลี่ย	17	12.43

การบริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย

การบริหารจัดการระบบรวบรวมน้ำเสียและการจัดการความเสี่ยง

จากการเก็บรวบรวมและสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบรวบรวมหรือระบายน้ำเสียออกจากอาคารของ โรงพยาบาลชุมชนในสกลนครโดยมีประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้

1. ระบบท่อระบายน้ำฝนและระบบรวบรวมน้ำเสียของโรงพยาบาลทุกมีการแบ่งระบบท่อรวบรวมน้ำเสียแยกกับน้ำฝนออกจากกันอย่างชัดเจน ทำให้การจัดการหรือรวบรวมน้ำเสียจากส่วนของอาคารที่พักอาศัยหรือ ส่วนอาคารปฏิบัติการของโรงพยาบาลเท่านั้นจึงลดปัญหาหรือการไหลเข้าสู่

ระบบของน้ำฝนได้เป็นอย่างดี ทำให้ระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีการรับน้ำฝน

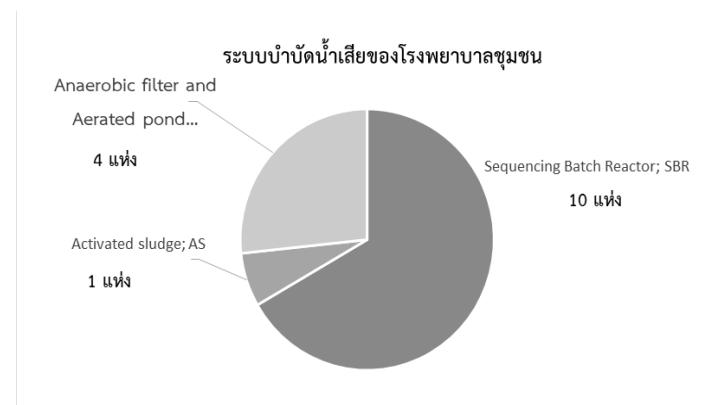
2. ชนิดของท่อรวบรวมและระบายน้ำเสียของโรงพยาบาลในปัจจุบัน สำหรับชนิดของท่อรวบรวมน้ำเสียที่ใช้ ในปัจจุบันของโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เป็นท่อปูน (จำนวน 14 โรงพยาบาล) และใช้ท่อพีวีซี (จำนวน 4 โรงพยาบาล) ระบบท่อรวบรวมน้ำเสียแบบท่อปูนใช้ร่วมกับก่อสร้างระบบ ตั้งแต่เริ่มแรก และยังไม่มีการเปลี่ยนใหม่

3. การตรวจสอบสภาพท่อรวบรวมน้ำเสียและบ่อกักก่อนเข้าช่วงฤดูฝนหรือทุกๆปี (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) พบว่ามีการตรวจสอบรายปีทุกโรงพยาบาล

4. สภาพโครงสร้างของท่อรวบรวมน้ำเสียและบ่อกัก พบว่าระบบรวบรวมบ่อกักอยู่ในสภาพปกติ มีเพียง 4 แห่ง โดยสาเหตุการชำรุด คือ ท่อแตกและน้ำฝนเข้าระบบรวบรวมน้ำเสียทำให้ปริมาณน้ำมากกว่าปกติ เกิดการอุดตันเนื่องเศษขยะต่างๆ

5. การจัดการความเสี่ยงด้านระบบสูบน้ำเสียของโรงพยาบาล พบว่าทางโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับแผนการจัดการหลายโรงพยาบาล แต่มีบางโรงพยาบาลมีแผนการจัดการ ได้แก่ การตรวจสอบหน้างานหากแก้ไขได้ก็ดำเนินการแก้ไขทันที การดูแลการทำงานของเครื่องสูบน้ำ การเครื่องสูบน้ำเสียสำรองและตรวจตราอุปกรณ์เป็นประจำ

การประเมินปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นและการจัดการความเสี่ยง จากการสำรวจกระบวนการบำบัดน้ำเสียที่ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 15 แห่ง ในจังหวัดสกลนคร พบว่าระบบบำบัดน้ำเสียทั้งหมดเป็นระบบบำบัดเสียแบบชีวภาพ (Biological Wastewater Treatment) โดยชนิดของระบบบำบัดน้ำเสียที่ใช้ของโรงพยาบาลมีดังนี้ ระบบบำบัดแบบเอสบีอาร์ (Sequencing Batch Reactor; SBR) มีจำนวน 10 แห่ง ระบบระบบบำบัดน้ำเสียแบบตะกอนเร่ง (Activated sludge; AS) จำนวน 1 แห่ง และมีระบบที่เปลี่ยนแปลงอีก 4 แห่ง คือ แบบถังเกราะกรองไร้อากาศร่วมกับสระเติมอากาศ (Septic Anaerobic filter and Aerated pond) (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ประเภทของระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนคร

ตารางที่ 2 ปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยใน (IPD) และ ผู้ป่วยนอก (OPD)

ชื่อโรงพยาบาล	ผู้ป่วยใน (IPD)		ผู้ป่วยนอก (OPD)		รวม
	จำนวนเฉลี่ย (คน/วัน)	อัตราการเกิดน้ำเสีย ลบ.ม./วัน	จำนวนเฉลี่ย (คน/วัน)	อัตราการเกิดน้ำเสีย ลบ.ม./วัน	อัตราการเกิดน้ำเสีย ลบ.ม./วัน
เจริญศิลป์	20	16.00	300	12.00	28.00
ส่องดาว	40	32.00	300	12.00	44.00
คำตากล้า	12	9.60	258	10.32	19.92
พระอาจารย์มั่ง ภูริทัตโต	12	9.60	119	4.76	14.36

ตารางที่ 2 ปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยใน (IPD) และ ผู้ป่วยนอก (OPD)

ชื่อโรงพยาบาล	ผู้ป่วยใน (IPD)		ผู้ป่วยนอก (OPD)		รวม
	จำนวนเฉลี่ย (คน/วัน)	อัตราการเกิดน้ำ เสีย ลบ.ม./วัน	จำนวนเฉลี่ย (คน/วัน)	อัตราการเกิด น้ำเสีย ลบ.ม./วัน	อัตราการเกิดน้ำ เสีย ลบ.ม./วัน
พังโคน	30	24.00	300	12.00	36.00
พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร	30	24.00	370	14.80	38.80
นิคม้านูน	10	8.00	80	3.20	11.20
กุสุมาลย์	30	24.00	220	8.80	32.80
วาริชภูมิ	30	24.00	200	8.00	32.00
พระอาจารย์แบน ธนากโร	20	16.00	150	6.00	22.00
เต่างอย	8	6.40	93	3.72	10.12
อากาศอำนวย	23	18.40	470	18.80	37.20
โคกศรีสุพรรณ	40	32.00	400	16.00	48.00
กุดบาก	30	24.00	240	9.60	33.60
โพนนาแก้ว	8	6.40	266	10.64	17.04
ค่ามากที่สุด (max)	40	32.00	470	19	48.00
ค่าน้อยที่สุด(min)	8	6.40	80	3	10.12
ค่าเฉลี่ย(X-bar)	23	18.29	251	10	28.34

หมายเหตุ อ้างอิง: คู่มือการจัดการน้ำเสียจากอาคารประเภทโรงพยาบาล, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2557

อัตราการเกิดน้ำเสียของโรงพยาบาล เท่ากับ 800 ลิตร/เตียง/วัน

ปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้น = ปริมาณผู้ป่วย x 0.65 ถึง 0.80 (สำหรับกรณีนี้ใช้ 0.80)

อัตราการใช้น้ำของผู้ป่วยนอก เท่ากับ 50 ลิตร/คน/วัน

จากการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลของ
ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเพื่อหาความสัมพันธ์ของการ
เกิดน้ำเสียในแต่ละวันดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่า
ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยใน (IPD) เท่า 23 คน มากที่สุด 40
คนและน้อยที่สุด 8 คน ส่วนปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้น
จากผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ย 18.29 ลบ.ม./วัน ปริมาณน้ำ
เสียมากที่สุดเท่ากับ 32.00 ลบ.ม./วัน และน้อยที่สุด
6.40 ลบ.ม./วัน ซึ่งจากข้อมูล พบว่า โรงพยาบาล
โคกศรีสุพรรณมี ผู้ป่วยในมากที่สุด และน้อยที่สุดคือ
เต่างอย ส่วนปริมาณน้ำเสียที่เกิดจากผู้ป่วยนอก มี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.34 ลบ.ม./วัน ปริมาณน้ำเสียมาก
ที่สุดเท่ากับ 48.00 ลบ.ม./วัน และน้อยที่สุด 10.12
ลบ.ม./วัน พบว่า โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณมี ผู้ป่วย
นอกมากที่สุด และน้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลเต่างอย

นอกจากนี้การสำรวจอายุของระบบบำบัดน้ำ
เสียของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนคร พบว่า
มี อายุการใช้งานอยู่ในช่วง 10-36 ปี มีค่าเฉลี่ยอายุ
ของระบบบำบัดน้ำเสียอยู่ที่ 26 ปี ข้อเสนอแนะจึง
ควรมีแผนในการวางระบบรวบรวมและแบบระบบ
บำบัดน้ำเสียใหม่ที่เหมาะสมกับพื้นที่ และจากการ
เก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณ น้ำเสียที่เกิดขึ้นจริงต่อวัน
เปรียบเทียบตามทีออกแบบไว้ตอนก่อสร้าง
โรงพยาบาลชุมชน พบว่า ระบบทำงานได้ จำนวน 10
โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 66.66 และระบบรับน้ำ
เสียมากเกินไป จำนวน 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ
33.33

จากข้อมูลปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดจริง
ในปัจจุบันกับข้อมูลปริมาณน้ำเสียที่การออกแบบ

ขนาดของระบบบำบัดน้ำเสียตั้งแต่เริ่มก่อตั้งโรงพยาบาล พบว่า ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชนยังมีความ สามารถรองรับปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ อย่างไรก็ตามมีบางโรงพยาบาลชุมชนที่ปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นต่อวันมีมากกว่าปริมาณน้ำเสียที่รองรับการออกแบบไว้ เช่น โคกศรีสุพรรณ อากาศอามวย พระอาจารย์แบน ธนากโร และพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับระบบบำบัดน้ำเสียที่ปริมาณน้ำเข้ามากกว่าที่ออกแบบไว้คือคุณภาพของน้ำทิ้งและประสิทธิภาพของระบบจะลดลง

การกำกับดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย จากการสำรวจบทบาทและหน้าที่ในการควบคุมและดูแลระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล พบว่าโดยส่วนมากเป็นบุคลากรที่อยู่ในโรงพยาบาลเองทั้ง 14 แห่ง คือฝ่ายสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม โดยทำหน้าที่ในการรายงานข้อมูลและทำการควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย แต่มีเพียง 1 แห่ง เท่านั้นที่ทางโรงพยาบาลจ้างบุคคลภายนอกเข้ามาดำเนินการเดินระบบบำบัดน้ำเสียแทน ประเด็นด้านความรู้ความเข้าใจในการตรวจสอบพารามิเตอร์ที่สำคัญในการควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย(ส่วนเติมอากาศ) พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการควบคุมระบบโดยผ่านการตรวจสอบ ค่า pH SV₃₀ และ DO แต่ก็มีบางโรงพยาบาลที่ไม่ได้มีการควบคุมการทำงานของส่วนเติมอากาศ ทั้งนี้อาจเกิดจากความเข้าใจในการควบคุม ระบบของเจ้าหน้าที่ทำให้ไม่มีการตรวจสอบค่าพารามิเตอร์ที่สำคัญในส่วนเติมอากาศ สำหรับการจัดการความเสี่ยงด้านการควบคุมและดูแลระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล พบว่าหลายโรงพยาบาลยังไม่มีแผนการจัดการความเสี่ยงด้านการควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียที่ชัดเจนเป็นเพียงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น เช่น การตรวจสอบปัญหาและควบคุมกระบวนการทำงานของระบบหน้า

งาน การตรวจวัดพารามิเตอร์เบื้องต้นทุกวัน มีสระหนองน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดก่อนปล่อยออก พัฒนาความรู้และทักษะของผู้ควบคุมและปฏิบัติงานประจำตรวจราอุปกรณ์และบำรุงรักษาตามแผนงาน เป็นต้น การสำรวจระบบฆ่าเชื้อโรคในน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดพบว่า โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีระบบฆ่าเชื้อโรค และใช้สารเคมีประเภทคลอรีนในการทำลายเชื้อโรค นอกจากนี้การจัดการความเสี่ยงกรณีที่ระบบทำลายเชื้อโรคจากระบบบำบัดน้ำเสียไม่สามารถทำงานได้ ส่วนใหญ่ยังไม่มีแผนรองรับที่ชัดเจนแต่ก็มีการปฏิบัติงานหน้างานในกรณีที่ระบบฆ่าเชื้อโรคมมีปัญหา เช่น การดำเนินการตรวจสอบประจำวันหากมีปัญหา ดำเนินการแก้ไขทันที การมีเครื่องเติมคลอรีน ระบบหยดคลอรีนแบบอัตโนมัติและแบบถังหยด การกักเก็บน้ำไม่ให้ออกสู่ภายนอกแล้วค่อยสูบกลับมาบำบัดและฆ่าเชื้อใหม่เมื่อระบบกลับมาปกติ เป็นต้น

พารามิเตอร์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำทิ้ง 3 ครั้งหลังสุด พบว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ผ่านมาตรฐานด้านคุณภาพน้ำทิ้งแต่ก็มีบางโรงพยาบาลที่ผลการตรวจคุณภาพไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยพารามิเตอร์ที่เป็นปัญหามี ดังนี้ BOD COD TDS Suspended Solids TKN สำหรับแผนการจัดการความเสี่ยงกรณีที่คุณภาพน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เช่น พารามิเตอร์ค่าไหนไม่ผ่านก็ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขการเฝ้าระวังการทำงานของระบบโดยจะมีการวิเคราะห์คุณภาพน้ำเบื้องต้น ลดการปล่อยน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วไม่ผ่านเกณฑ์ออกสู่คลองน้ำสาธารณะสำหรับการใช้ประโยชน์จากน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดแล้วโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ จะนำน้ำทิ้งกลับมาใช้บางส่วน ได้แถมดินได้ ระบบซึมได้ดิน บ่อพักน้ำทิ้งในโรงพยาบาล กรณีที่พารามิเตอร์น้ำทิ้งไม่ผ่านมีการแก้ไขปัญหา ดังนี้ ดำเนินการแก้ปัญหาที่พารามิเตอร์ที่ไม่ผ่าน การเฝ้าระวังการทำงานของ

ระบบโดยจะมีการวิเคราะห์คุณภาพน้ำเบื้องต้น เช่น DO pH TDS (TDS meter) SV30 เป็นต้น ลดการปล่อยน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วไม่ผ่านเกณฑ์ออกสู่คลองน้ำสาธารณะและพารามิเตอร์ใดไม่ผ่านเกณฑ์ต้องมีการหาสาเหตุเพื่อปรับปรุงคุณภาพน้ำและส่งตรวจซ้ำทันที

จากการสำรวจข้อมูลด้านบุคลากรในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่า เฉลี่ยแล้วโรงพยาบาลมีนักวิชาการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียจำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่ประจำบำบัดน้ำเสียเฉลี่ยจำนวน 1 คน นักวิชาการควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียต้องสำเร็จการศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์(ด้านสุขาภิบาล สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม อนามัยสิ่งแวดล้อมหรือ วิศวกรรมศาสตร์ หรือผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย) พบว่า นักวิชาการที่จบตรงสายที่ระบุมีจำนวน 6 คน และนักวิชาการที่จบไม่ตรงสายที่ระบุมีจำนวน 10 คน ซึ่งนักวิชาการเคยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียจำนวน 15 คน และไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียจำนวน 1 คน โดยมี 5 โรงพยาบาลที่มีการจ้างผู้รับจ้างให้บริการหรือผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย มี 11 โรงพยาบาลที่ไม่มีการจ้างผู้รับจ้างให้บริการหรือผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย และมี 7 โรงพยาบาลมีแผนการพัฒนาบุคลากรรายปีในการดูแลระบบบำบัดและการตรวจสอบพารามิเตอร์น้ำทิ้งเบื้องต้น มี 6 โรงพยาบาลไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากรรายปีในการดูแลระบบบำบัดและการตรวจสอบพารามิเตอร์น้ำทิ้งเบื้องต้น และมี 3 โรงพยาบาลที่ไม่มีระบุข้อมูล

การกำกับดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย
กระบวนการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำทิ้งตามมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาดออกตามความมาตรา 55 แห่ง พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2535

จากการศึกษาพบว่า มี 9 โรงพยาบาลที่มีห้องปฏิบัติการตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งเบื้องต้นที่บำบัดน้ำเสีย และมี 7 โรงพยาบาลที่ไม่มีห้องปฏิบัติการตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งเบื้องต้นที่บำบัดน้ำเสีย ซึ่งทุกโรงพยาบาลมีชุดทดสอบหรือเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งเบื้องต้น และมีการตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านระบบบำบัดน้ำเสีย 2 ครั้งต่อปี และข้อมูลด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย มาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 จากการศึกษพบว่า ทุกโรงพยาบาลมีการบันทึกผลการควบคุมและบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสีย สิ่งที่ต้องรับการสนับสนุนอื่นๆ ดังนี้ ต้องการงบประมาณรองรับการสำรวจท่อดึงน้ำเสียสู่ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล ของบสนับสนุนในการส่งตรวจน้ำตัวอย่างระบบบำบัดน้ำเสีย 1 ชุด ชุดลูกกลอยควบคุมการทำงานแม็กเนติก 8 ลูก ปัมพ์จ่ายคลอรีน 2 เครื่อง ยางรองแท่นเครื่อง 12 อัน และปั๊มสูบน้ำเสีย 2 เครื่อง งบประมาณในการสร้างบ่อรองรับน้ำเสียเพื่อนำน้ำเสียกลับมาใช้ใหม่ และงบประมาณในการสร้างลานตากตะกอน ขอเครื่องมือสำหรับใช้ในการบำบัดน้ำเสีย และขอต่อเติมระบบใหม่ ของงบประมาณปรับปรุงระบบเนื่องจากมีอุปกรณ์หลายตัวชำรุด ขยายระบบเพื่อรองรับปริมาณน้ำเสียหรือสร้างระบบใหม่ เปลี่ยนระบบของการบำบัด เครื่องมืออุปกรณ์ในการบำบัด และสร้างบ่อรองรับน้ำ ขอความร่วมมือจากช่างจากศูนย์อนามัยที่ 8 ในการดูแลระบบปรับปรุงระบบรวบรวมที่มีน้ำฝนเข้าระบบ และบ่อปรับสภาพ (EQ)

การวิเคราะห์ผลการศึกษาและวางแผนการดำเนินงาน จากการลงพื้นที่และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องทางผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์และ สังเคราะห์และกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อเป็นข้อปฏิบัติงาน การป้องกันควบคุม และเฝ้าระวังมลพิษ ที่เกิดจากน้ำเสียของ

โรงพยาบาลไว้ดังต่อไปนี้ แผนงานที่ 1 การควบคุมมลพิษจากแหล่งกำเนิด (เพื่อการควบคุมน้ำเสียจากแหล่งกำเนิด เป็นการดำเนินการในเชิงป้องกัน ซึ่งจะช่วยลดการเกิดน้ำเสียจากแหล่งกำเนิด เป็นการประชาสัมพันธ์สร้างจิตสำนึก ด้านสิ่งแวดล้อมและมลพิษน้ำ รวมทั้งการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน) แผนงานที่ 2 ด้านการจัดหาระบบรวบรวมและระบบบำบัดน้ำเสีย (เพื่อให้ น้ำเสียที่ถูกระบายออกจากแหล่งกำเนิดลงสู่ระบบระบายน้ำ ได้รับการรวบรวมและบำบัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตามมาตรฐานน้ำทิ้งก่อนที่จะ ระบายลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพน้ำ สภาพแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของประชาชน) แผนงานที่ 3 ด้านการบริหารจัดการให้มีการจัดการน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถบริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมียกงบประมาณในการเดินระบบ และการบำรุงรักษาระบบให้เพื่อเพียงพอกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ต้องใช้ในการดูแลระบบ) และแผนงานที่ 4 ด้านกฎหมาย และกำกับดูแล (เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับความรู้ด้านกฎหมายในการสนับสนุนการบริหารจัดการน้ำเสียให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดกฎระเบียบต่างๆ และการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม เป็นต้น)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับขนาดของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนคร จำนวน 15 แห่ง สามารถแบ่งออกเป็นขนาด 10 เตียงจำนวน 1 แห่ง ขนาด 30 เตียงจำนวน 9 แห่ง ขนาด 60 จำนวน 2 แห่ง ขนาด 90 เตียง จำนวน 2 แห่ง และขนาด 120 เตียง จำนวน 1 แห่ง โดยมีกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมรับผิดชอบด้านการกำกับคุณภาพของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด การจัดการความ

เสี่ยงในด้านระบบรวบรวมและสูบน้ำเสียน้ำเสียทางโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ชัดเจนแต่มีบางโรงพยาบาลมีแผนการจัดการแก้ไขปัญหาและการตรวจสอบหน้างาน ส่วนระบบบำบัดน้ำเสียทั้งหมดเป็นระบบบำบัดเสีย แบบ ชี ว ภา พ (Biological Wastewater Treatment) โดยชนิดของระบบบำบัดน้ำเสียที่ใช้ของโรงพยาบาลมีดังนี้ ระบบบำบัดแบบเอสบีอาร์ (Sequencing Batch Reactor; SBR) มีจำนวน 10 แห่ง ระบบระบบบำบัดน้ำเสียแบบตะกอนเร่ง (Activated sludge; AS) จำนวน 1 แห่ง และมีระบบที่เปลี่ยนแปลงอีก 4 แห่ง คือ แบบถังเกรอะกรองไร้อากาศร่วมกับสระเติมอากาศ (Septic Anaerobic filter and Aerated pond)

โครงสร้างของระบบบำบัดน้ำเสียพบว่าอายุการใช้งานเฉลี่ยมากกว่า 26 ปี ทำให้ต้องมีแผนในการวางระบบรวบรวมและแบบระบบบำบัดน้ำเสียใหม่ที่เหมาะสมกับพื้นที่ น้ำเสียที่เกิดขึ้นจริงต่อวันเปรียบเทียบกับที่ออกแบบไว้ตอนก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชน พบว่าบางพื้นที่ปริมาณ น้ำเสียยังสามารถเป็นไปตามข้อกำหนดของระบบ แต่บางโรงพยาบาลมีปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นมากกว่าระบบที่ออกแบบไว้ ทั้งนี้อาจจะเกิดจากการที่มีอาคารและโครงสร้างพื้นฐานที่โรงพยาบาลก่อสร้างขึ้นมาภายหลัง ทำให้น้ำเสียมีปริมาณมากกว่าขึ้น จึงควรมีการเตรียมการออกแบบระบบให้เหมาะสมกับน้ำเสียที่เกิดขึ้นจริง โรงพยาบาลยังไม่มีแผนการจัดการความเสี่ยงด้านการควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียที่ชัดเจน¹⁰ เป็นเพียงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น ผู้วิจัยได้เสนอแนะแผนงานทั้งหมด 4 แผน ในการพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสีย ดังนี้ แผนงานที่ 1 การควบคุมมลพิษจากแหล่งกำเนิด แผนงานที่ 2 การจัดหาระบบรวบรวมและระบบบำบัดน้ำเสีย แผนงานที่ 3 การบริหารจัดการให้มีการจัดการน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ และแผนงานที่ 4 ด้านกฎหมายและกำกับดูแล



เอกสารอ้างอิง

1. กรมโรงงานอุตสาหกรรมและสมาคมสิ่งแวดล้อม (2545) ตำราระบบบำบัดมลพิษทางน้ำ กรุงเทพฯ: สมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม
2. เกรียงศักดิ์ อุคมสินโรจน์ 2543 วิศวกรรมการกำจัดน้ำเสีย เล่มที่ 4 นนทบุรี
3. สมทิพย์ ด้านธีรวิชัย, อุดมผล พิชนไพบูลย์, เจตจรรย์ ศิริวงศ์ และพนาลี ชีวกิตาการ. 2540 การควบคุมและการเดินระบบบำบัดน้ำเสีย. คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. กรมควบคุมมลพิษและสมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย (2546) เทคนิคการบำบัดน้ำเสียบางวิธี การนำน้ำทิ้งกลับมาใช้ประโยชน์ และการทดสอบพิษวิทยาสำหรับน้ำเสีย เล่ม 4 กรุงเทพฯ : สมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม
5. กรมควบคุมมลพิษ 2537. คู่มือเล่มที่ 4 สำหรับการตรวจสอบระบบบำบัดน้ำเสีย กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์
6. สมชาย สกฤติสรียากรณ์ และคณะ กองอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2540. บทความปริทัศน์ "การพัฒนารูปแบบการกำจัดน้ำเสียในโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข", วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. ปีที่ 20 ฉบับที่ 3
7. สมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย และกรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม 2545. ตำราระบบบำบัดมลพิษน้ำ, กรุงเทพฯ: สมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย
8. กรมควบคุมมลพิษ (2554) คู่มือการจัดการน้ำเสียจากอาคารประเภทโรงพยาบาล. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
9. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2565. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
10. อรรถพล ภูผาจิตต์.(2561). แนวทางการนำน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสียกลับมาใช้ประโยชน์ โรงพยาบาลคำม่าง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 3(2) 46-54

รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินโดยใช้กลไกระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

Model of Public Health Emergency Management in COVID-19 Using Incidence command system and Emergency operation center Office of Prevention and Control Disease Region 8 Udonthani

(Received: September 19,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

วรวิทย์ ชาญวิรัตน์¹

Worawat Chanwirat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างปี 2563 - 2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาวิเคราะห์ และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กลไก ICS & EOC ที่เหมาะสม 2) ศึกษา และสังเคราะห์แนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP) ที่จำเป็น ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของหน่วยงาน กระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ตามกรอบแนวคิด PAOR ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การติดตามประเมินผลและสังเกตการณ์ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ

ผลการวิจัย พบว่าหน่วยงานมีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (EOC) รวมเป็นทั้งหมด 10 กลุ่มภารกิจ มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน เพื่อพัฒนามาตรฐาน และประสิทธิภาพของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินคือให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแต่ละภารกิจระดมสมองในการพัฒนาแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP) ขึ้น โดยมีการจัดทำแนวทางมาตรฐานที่จำเป็นในช่วงแรกทั้งหมด 18 ฉบับ จาก 10 กลุ่มภารกิจ จากการนำแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP) มาใช้ในการปฏิบัติงาน และมีการจัดกิจกรรมการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในรูปแบบ Table top exercise เพื่อติดตาม และประเมินผลที่เกิดจากการนำมาตรฐานการดำเนินงานมาใช้พบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานตามบทบาทภารกิจของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้รูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะฉุกเฉิน ของหน่วยงานมีความเหมาะสม และใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน, มาตรฐานการดำเนินงาน, การถอดบทเรียน, โควิด – 19

Abstract

This Action Research conducted between 2020 - 2021 with the objective of 1) to study, analyze and synthesize emergency management models, study corona virus infection 2019 using ICS & mechanism & Appropriate EOC 2) Develop the model and guidelines for implementation standards (SOP) needed to manage public health emergencies. In the case of coronal virus infection 2019, the population used in the study is Personnel in the emergency operations center of the department. Research process divided into 4 phases based on the PAOR conceptual framework includes 1) control system 2) listening 3) evaluation and control system 4) performance control system.

The results show that the agency has issued an order to appoint a committee for the Center for Public Health Emergencies (EOC) a total of 10 mission groups. To develop standards and the efficiency of the emergency operations center is for personnel to perform each task Brainstorming mission to develop operational standards (SOP), with 17 initial standard guidelines from 10 mission groups based on the implementation of the operational standard guidelines (SOP). Used in operations with monitoring and evaluation at caused by the introduction of guidelines, found that Personnel, workers have an understanding and clear in the operation of their mission roles More of each Resulting in

¹ ป.ร.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

*Corresponding Author Email: Izzkeng@gmail.com

an emergency management operation model in the case of corona virus infection 2019, the department is appropriate and efficiently.

Key Words: Emergency Operation Center, Standard Operation Procedure, After Action review, COVID - 19

บทนำ

สถานการณ์ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ และภัยคุกคามทางสาธารณสุขที่มีหลากหลายรูปแบบปัจจุบันมีความซับซ้อน ระดับความรุนแรงเพิ่มมากยิ่งขึ้นเกินกว่าที่หน่วยงานเดียวจะสามารถป้องกันและบรรเทาภัยที่เกิดขึ้นได้ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายการเตรียมความพร้อมแห่งชาติเป็นแผนหลักในการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากร และมาตรการในการป้องกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนให้สามารถป้องกันและบรรเทาความเสียหายจากสาธารณภัยที่อาจเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉิน⁽¹⁾ ตามพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ได้ระบุว่าสาธารณภัย หมายถึง อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ โรคระบาดสัตว์ โรคระบาดสัตว์น้ำ การระบาดของศัตรูพืช ตลอดจนภัยอื่น ๆ อันมีผลกระทบต่อสาธารณสุข ไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติ มีผู้ทำให้เกิดขึ้น อุบัติเหตุ หรือเหตุอื่นใด ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตร่างกายของประชาชน หรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ และให้หมายความถึงภัยทางอากาศและการก่อวินาศกรรมด้วย ซึ่งภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขถือเป็นสาธารณภัยที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต สร้างความเสียหายต่อทรัพย์สินของประชาชน และเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจึงหมายถึงเหตุการณ์การเกิดโรคและภัยคุกคามสุขภาพซึ่งมีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์อย่างน้อย 2 ใน 4 ประการ ดังนี้ 1. ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง 2. เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติ หรือไม่เคยพบมาก่อน 3. มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่ที่อื่น 4. ต้องจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คนหรือสินค้า ซึ่งตามพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ได้กำหนดแนวทางในการจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในมาตราที่ 11 ได้กำหนดให้ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหลักในการ

ดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกัน และบรรเทาสาธารณภัยของประเทศ โดยมีการจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ มีความเชื่อมโยงระหว่างแผนปฏิบัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแบบบูรณาการ ระดับกระทรวงด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับแผนป้องกัน และบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ และนโยบายการเตรียมความพร้อมแห่งชาติ เพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันและบรรเทาแก้ไขภัยพิบัติ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขจึงเป็นระบบที่มีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาขึ้น⁽²⁾

ในต้นปี 2563 ทั่วโลก และประเทศไทยประสบกับปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้สถานการณ์การระบาดของโรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) โดยประเทศไทยได้มีการออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย รวมถึงกรมควบคุมโรคได้มีนโยบายให้หน่วยงานสาธารณสุขตั้งแต่ระดับส่วนกลาง ระดับเขต ระดับจังหวัด ใช้กลไกระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน มาเป็นแนวทางหลักในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาการระบาดดังกล่าว การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management : PHER) เป็นกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดการเหตุการณ์การเกิดโรคและภัยคุกคามสุขภาพอย่างรวดเร็ว และเป็นระบบ ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่การดำเนินการป้องกัน และลดผลกระทบ (Prevent and Mitigation) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) และการฟื้นฟู (Recovery) ทั้งนี้ได้กำหนดให้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงาน เพื่อให้ข้อสั่งการต่าง ๆ ของผู้

บัญชาการเหตุการณ์ได้รับการปฏิบัติอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และให้การดำเนินงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ยังคงอยู่ที่หน่วยงานรับผิดชอบในเรื่องนั้น ๆ โดยจะไม่ถึงงานที่มีอยู่แล้วจากหน่วยงานต่าง ๆ มาไว้ที่เดียวกัน และจะไม่เกิดการสร้างงานที่ซ้ำซ้อน⁽²⁾

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ในบทบาทหน้าที่หน่วยงานวิชาการระดับเขตที่มีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค มีประสบการณ์ในการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในกรณีอื่นในช่วงก่อนหน้านี้ ได้แก่ กรณีอุทกภัย กรณีรองรับอุบัติเหตุในช่วงเทศกาล แต่เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น ยังไม่มีมีองค์ความรู้ และแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และหน่วยงานไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งแผนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน คู่มือ แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าว ซึ่งใช้เพียงแต่คู่มือการดำเนินงานจากส่วนกลางซึ่งอาจจะยังไม่ครอบคลุม และไม่ตรงกับบริบทของหน่วยงาน ดังนั้นในสถานการณ์การระบาดผู้วิจัยในบทบาทที่ปฏิบัติงานหลักในการขับเคลื่อนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จึงมีความสนใจ และดำเนินการศึกษาโดยนำหลักการ และทฤษฎีที่มีอยู่เดิมมาประยุกต์ใช้ ประกอบกับการทำการศึกษา ร่วมกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินที่เหมาะสมต่อการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อการดำเนินงานตอบสนองนโยบาย และมาตรการส่วนกลาง รวมถึงเป็นแบบอย่าง และถ่ายทอดความรู้ให้เครือข่ายในพื้นที่ได้นำไปใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินโดยใช้กลไก ICS & EOC ที่เหมาะสมกรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อศึกษาแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP) ที่จำเป็น และมีความเหมาะสม ในการจัดการภาวะ

ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขนั้นสำเร็จของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิด PAOR โดยมีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixt Method) ได้แก่ กระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียนการดำเนินงาน และการประเมินผลสะท้อนกลับ

ประชากร ในการวิจัยคือ บุคลากรของหน่วยงานที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยงาน จำนวน 96 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีกระบวนการ และเครื่องมือเพื่อรวบรวมข้อมูลแบบ ได้แก่

1. กระบวนการเพื่อรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การจัดกิจกรรมประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของหน่วยงาน 2) การจัดกิจกรรมกลุ่มในการพัฒนาแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน 3) การฝึกซ้อมแผนในรูปแบบ Table Top Exercise

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) การศึกษาจากเอกสาร (Documentary Review) จากบันทึกรายงานการประชุม และสรุปประเด็นสั่งการ การประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของหน่วยงาน

2) แบบสอบถามเชิงโครงสร้าง ประเด็นการถอดบทเรียนการดำเนินงานระหว่างปฏิบัติงาน

3) แบบสอบถามเชิงโครงสร้าง ประเด็นการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติงาน

4) เอกสารสรุปการถอดบทเรียนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิด PAOR รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P : Planning)

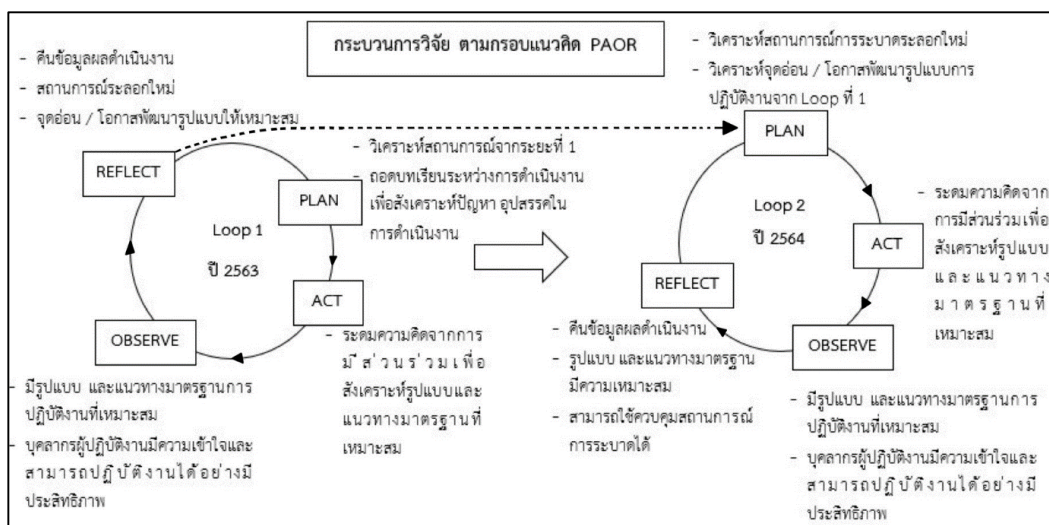
ดำเนินการรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานก่อนการสังเคราะห์รูปแบบ และแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานในระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 (ช่วงการระบาดของโรคโควิด-19) จากเอกสาร บันทึกการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สรุปประเด็นสั่งการ เพื่อนำข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน และสังเคราะห์โอกาสในการพัฒนาการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (A : Action) นำข้อมูลจากระยะที่ 1 เป็นพื้นฐานในการสังเคราะห์โอกาสในการพัฒนาโดยใช้กระบวนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อภิปรายกลุ่ม ถอดบทเรียนการดำเนินงานระหว่างดำเนินงาน และสรุปประเด็น เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์แนวทางโอกาสในการพัฒนากระบวนการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉินพร้อมจัดลำดับความสำคัญระบุประเด็นที่จำเป็นหลักในการจัดทำแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานในแต่ละกลุ่มภารกิจ และจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP) ตามประเด็นที่มีความสำคัญในแต่ละกลุ่มภารกิจ

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามประเมินผล และสังเกตการณ์ (O : Observe) ดำเนินการติดตาม

ประเมินผลการดำเนินงานสังเคราะห์รูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานโดยจัดกิจกรรมประชุมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินรูปแบบ Table Top Exercise และจัดกระบวนการถอดบทเรียนหลังการซ้อมแผน ซึ่งเป้าหมายการติดตามประเมินผลคือรูปแบบ และแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานที่ชัดเจน และเหมาะสมกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินมีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (R : Reflecting) ดำเนินการสะท้อนผลจากการสรุป และติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบ และแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานที่เหมาะสมกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และพิจารณาความเหมาะสมกับสถานการณ์ และประสิทธิภาพในการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในการควบคุมการระบาดของโรค และนำข้อมูลการสะท้อนผลการปฏิบัติงานไปเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการวางแผนพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมใน Loop ต่อไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยขั้นตอนการวิจัยในครั้งนี้สรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ตามกรอบแนวคิด PAOR⁽⁴⁾

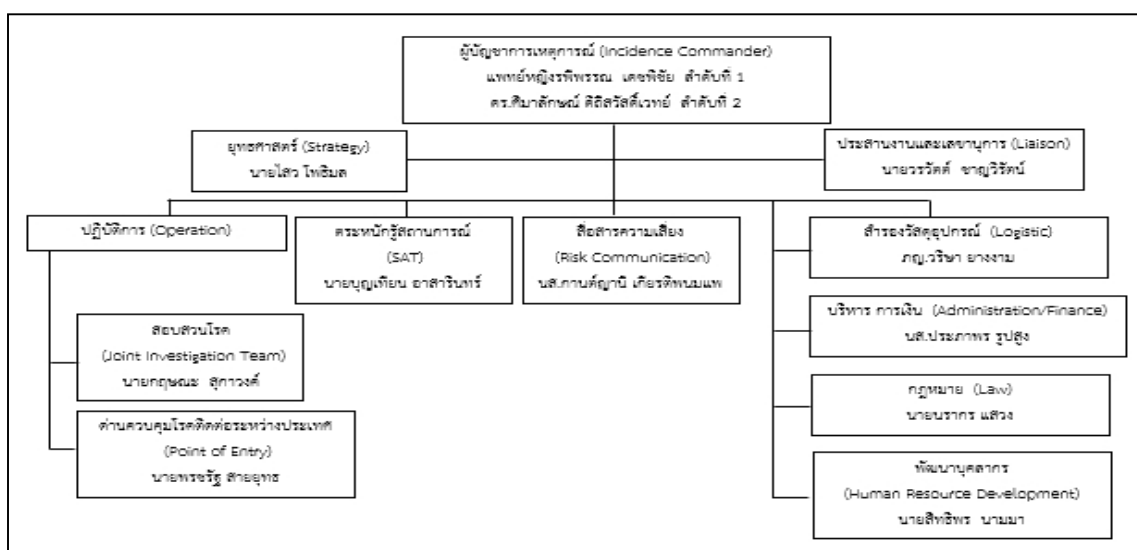
การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ภาพรวมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข พร้อมทั้งได้นำแนวทางการจัดการภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดขอบเขตการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้ศึกษาได้นำข้อมูลจากการวิเคราะห์มารวบรวม และสรุปผลเพื่อจัดทำแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน และนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการถอดบทเรียนการดำเนินงานมาวิเคราะห์ความเหมาะสม และความครอบคลุมตามภารกิจเพื่อเป็นการประเมินผลจากการพัฒนาแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน โดยมีสถิติที่ใช้ในการประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ อัตราป่วย อัตราป่วยตาย

ผลการศึกษา

1. ผลการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉินของหน่วยงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ได้มีการเฝ้าระวังสถานการณ์การระบาดตั้งแต่ ช่วงต้น (การระบาดที่ประเทศจีน) และได้มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โดยมีการจัดตั้งภารกิจ

ทั้งหมด 8 ภารกิจ หลังจากการดำเนินงานมีการวิเคราะห์สถานการณ์ และแต่งตั้งกลุ่มภารกิจเพิ่มเติมอีก 2 ภารกิจ รวมเป็นทั้งหมด 10 ภารกิจ โดยมีโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ดังภาพที่ 2 และมีการนำแนวทางการจัดการภาวะฉุกเฉิน 2P2R มาใช้ในการดำเนินงานโดยครอบคลุมการเตรียมความพร้อมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านกำลังคน (Staff) วัสดุอุปกรณ์ (Stuff) และระบบการปฏิบัติงาน (System) รายละเอียดดังตารางที่ 1 โดยสถานการณ์การระบาดของโรคในระลอกแรก ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 พบผู้ป่วยยืนยันทั้งหมด 26 ราย ใน 6 จังหวัด (ยกเว้นจังหวัดบึงกาฬ) แบ่งเป็นเพศชาย 10 ราย เพศหญิง 16 ราย สัดส่วนชายต่อหญิง 1 : 1.60 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 15 – 19 ปี จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.30 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 4 – 14 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป กลุ่มอายุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.84 พบผู้เสียชีวิตทั้งหมด 9 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 34.61 ในผู้เสียชีวิตทั้ง 9 ราย พบสูงสุดในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.77 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.44 และกลุ่มอายุ 10– 19 ปี และ 50 – 59 ปี กลุ่มอายุละ 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 11.11



ภาพที่ 2 โครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



2. ผลการศึกษารูปแบบการดำเนินงาน
จัดการภาวะฉุกเฉิน จากการศึกษา การดำเนิน
กิจกรรมร่วมกับบุคลากรของหน่วยงานที่ได้รับคำสั่ง
แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรณี
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยงาน ผล
การศึกษาพบว่า

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P : Planning) หน่วยงาน
มีการดำเนินการจัดการภาวะฉุกเฉิน สรุปรตามการ
ดำเนินงานด้านกำลังคน ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และด้าน
ระบบการดำเนินงาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินงานการจัดการภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายด้าน

ด้านการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
ด้านกำลังคน (Staff)	1. มีการฝึกอบรม ให้มีความรู้ และความเชี่ยวชาญตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น อบรมหลักสูตร ICS & EOC , การสอบสวนโรค , การป้องกันการติดเชื้อ , การดำเนินงาน ตระหนักรู้สถานการณ์ โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบ ครู ก ซึ่งให้ผู้ที่มีประสบการณ์ใน การปฏิบัติงานหลักเป็นผู้สอน พร้อมทั้งการเรียนรู้ในรูปแบบ One the job training 2. มีการจัดทำแผนสำรองกิจการ ด้านกำลังคน (Surge Capacity Plan) 3. ติดตามการดำเนินงานของบุคลากร และการสำรวจ ประเมินความเครียดจากการ ปฏิบัติงานเป็นระยะ
ด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Stuff)	1. จัดหาสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ที่มีความพร้อม 2. สรรหา และพัฒนาระบบสารสนเทศ และระบบดิจิทัล เพื่อประกอบการดำเนินงาน เช่น การจัดตั้งระบบการประชุมทางไกล (VDO Conference) 3. นำระบบเทคโนโลยีดิจิทัล มาพัฒนา Software เพื่อเป็นเครื่องมือในการช่วยดำเนินงาน ของภารกิจด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
ด้านระบบการปฏิบัติงาน (System)	1. จัดทำแนวทางการดำเนินงาน ระบบการจัดการข้อมูล สถานการณ์ โดยมีผู้รับผิดชอบ หลักคือภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team) 2. มีระบบการจัดการ การติดตามการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน โดยใช้ รูปแบบการประชุมติดตามประเด็นสั่งการในทุกวัน (Morning Brief) 3. มีการติดตามแนวทางการดำเนินงานในภารกิจต่าง ๆ จากกรมควบคุมโรค และหน่วยงาน อื่นที่เกี่ยวข้อง

และจากการปฏิบัติงานข้างต้นใน Loop ที่ 1
เนื่องจากยังความไม่ครอบคลุมของการดำเนินงาน
ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 เกิดความเปลี่ยนแปลง มีการ
ระบาดในรูปแบบใหม่ ระลอกใหม่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน
ระหว่างปี 2563 – 2564 จึงมีการจัดการกิจกรรมการ

ถอดบทเรียนการปฏิบัติงานระหว่างการดำเนินงาน
เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแต่ละภารกิจได้
แลกเปลี่ยนสิ่งที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และเพื่อหา
โอกาสในการพัฒนาแนวทางดำเนินงาน โดยสรุปผล
การถอดบทเรียน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉินระหว่างปฏิบัติงาน (ระลอกที่1)

หัวข้อการถอดบทเรียน	ผลการถอดบทเรียน
จุดเด่น	1. ผู้บัญชาการเหตุการณ์ มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของระบบบัญชาการเหตุการณ์ และระบบ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จึงทำให้สามารถบริหารจัดการ วางแนวทางในการดำเนินงาน รวมทั้งมีการตัดสินใจที่เด็ดขาด ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความสนใจ และพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 2 สรุปผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉินระหว่างปฏิบัติงาน (ระลอกที่1)

หัวข้อการถอดบทเรียน	ผลการถอดบทเรียน
	3. หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการสนับสนุนการดำเนินงาน
ปัญหา อุปสรรค	ด้านกำลังคน (Staff) พบว่าการดำเนินงานในช่วงแรก ของแต่ละกลุ่มภารกิจมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และเกิดภาวะความเครียดจากการปฏิบัติงาน (Work - life not balance) ด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Stuff) พบว่ามีปัญหาในเรื่องของการจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ และทรัพยากรอื่น ๆ ที่ใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่เพียงพอ การจัดซื้อ และขอรับการสนับสนุนเกิดความล่าช้า กระบวนการจัดซื้อ จัดจ้างไม่มีความชัดเจน ด้านระบบ (System) พบว่าระบบการปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจยังไม่ชัดเจนขาดคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน ส่งผลให้บุคลากรผู้เข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเกิดความสับสน และเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานในแต่ละภารกิจ รวมถึงเกิดความกังวลในการปฏิบัติงาน
โอกาสพัฒนา	1. จัดทำแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (Standard Operation Procedure : SOP) ให้ครอบคลุมทุกขั้นตอนการดำเนินงานทั้งระยะก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ 2. จัดทำ และพัฒนาแผนปฏิบัติการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขให้ครบทุกด้าน 3. พัฒนาโครงสร้าง วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (A : Action)
จากข้อมูลการดำเนินงานใน Loop ที่ 1 ได้ดำเนินการสังเคราะห์รูปแบบ และแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉินที่เหมาะสม โดยมีแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในแต่ละกลุ่มภารกิจ ซึ่งในแต่ละภารกิจได้มีการดำเนินการจัดทำแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานที่จำเป็นทั้งหมด 18 ฉบับ รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รายชื่อแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น จำแนกตามกลุ่มภารกิจ

กลุ่มภารกิจ	แนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP)
ภารกิจประสานงานและเลขานุการ	การเปิด และการปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน
ภารกิจยุทธศาสตร์	1. การขอใช้รถยนต์ราชการ 2. การเบิกจ่ายค่าเสี่ยงภัย ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
ภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์	1. การจัดทำรายงานสถานการณ์ประจำวัน 2. การรับข้อมูล วิเคราะห์ รายงาน และเผยแพร่ข่าวสารการปฏิบัติงานภาคสนาม
ภารกิจสอบสวนโรค	1. การสอบสวนโรค 2. การแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3. การดูแลความปลอดภัยบุคลากร
ภารกิจด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ	1. การคัดกรองผู้เดินทาง 2. การส่งต่อผู้เดินทาง
ภารกิจสื่อสารความเสี่ยง	1. การสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพช่วงเตรียมการ 2. การสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพช่วงตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
ภารกิจสำรองวัสดุอุปกรณ์	การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์
ภารกิจบริหาร การเงิน	1. การขอใช้รถยนต์ราชการ

ตารางที่ 3 รายชื่อแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น จำแนกตามกลุ่มภารกิจ

กลุ่มภารกิจ	แนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP)
	2. การเบิกจ่ายค่าเสี่ยงภัย ด้านควบคุมโรคฯ 3. การจัดทำฐานข้อมูลการอบรม
กฎหมาย	การเผยแพร่ข้อมูลด้านกฎหมาย
พัฒนาบุคลากร	การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามประเมินผล และสังเกตการณ์ (O : Observe) พบว่าในแต่ละกลุ่มภารกิจมีรูปแบบการดำเนินงาน และแนวทางมาตรฐานการปฏิบัติงานที่เหมาะสมในแต่ละภารกิจ และสามารถนำแนวทางมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) ที่ได้พัฒนาขึ้นมาใช้ในการตอบคำถาม และจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินตามเหตุการณ์สมมติในการซ้อมแผนได้อย่างครอบคลุม ซึ่งทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานตามบทบาทภารกิจของตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (R : Reflecting) ผลจากการการนำรูปแบบการดำเนินงาน และแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมมาใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการแพร่ระบาดอยู่ในวงที่จำกัดได้ และส่งผลให้การดำเนินงานในประเด็นกำลังคน วัสดุ อุปกรณ์ และด้านระบบการดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการสะท้อนการปฏิบัติงาน

ด้านการดำเนินงาน	ผลสะท้อนการปฏิบัติงาน
ด้านกำลังคน (Staff)	1. สามารถศึกษารูปแบบ และแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานที่ผ่านการสังเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมแล้ว ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง 2. ไม่เกิดความเครียดจากการปฏิบัติงาน
ด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Stuff)	มีระบบการเบิกจ่าย จัดหา และกระจายวัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานมีวัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ
ด้านระบบการปฏิบัติงาน (System)	1. มีการทบทวน และกระจาย สื่อสารรูปแบบ แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานที่เหมาะสมครอบคลุมทุกภารกิจ 2. การประสานงานของแต่ละภารกิจในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพจนสามารถจำกัดการแพร่ระบาดของโรคได้

อภิปรายผล

จากการวิจัยรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยใช้กลไกระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อทราบถึงรูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยงาน และสังเคราะห์แนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP) ที่สำหรับการจัดการภาวะฉุกเฉินที่เหมาะสม โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ได้มีการจัดทำคำสั่ง

แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (EOC) และมอบหมายให้ปฏิบัติงานตามภารกิจ ซึ่งเป็นการจัดตั้งคณะทำงานตามนโยบาย และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด แสดงให้เห็นถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเป็นการตระหนักถึงการเห็นความสำคัญของปัญหาของผู้บริหารที่ไม่ล่าช้าต่อสถานการณ์ และแสดงให้เห็นถึงความเป็นมืออาชีพขององค์กรที่พร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งการปฏิบัติเช่นนี้เป็นไปตามแนวทาง และความคาดหวัง

ของกรมควบคุมโรค ที่ต้องการให้สามารถรับมือได้กับทุกโรค และภัยสุขภาพที่มีความเสี่ยงจะเกิดขึ้น ได้อย่างรวดเร็วเป็นระบบ และมีความเป็นเอกภาพ และจากการจัดตั้งโครงสร้างการดำเนินงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน โดยมีการวิเคราะห์ และพิจารณาเพิ่มกลุ่มภารกิจที่มีความจำเป็นในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้แก่ภารกิจด้านกฎหมาย และภารกิจด้านพัฒนาบุคลากร เป็นการดำเนินงานที่เป็นไปตามแนวทางของการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินคือต้องมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานตามหลักการโมดูลาร์⁽²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการและระบบบัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽⁵⁾ ที่พบว่าศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนดสามารถนำไปใช้ปฏิบัติการในหน่วยงานระดับเขตได้กับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยต้องมีการปรับโครงสร้างการบัญชาการเหตุการณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์

จากการดำเนินงานมีการนำกระบวนการถอดบทเรียนการดำเนินงานระหว่างการดำเนินงานมาใช้ เพื่อให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในแต่ละภารกิจได้แลกเปลี่ยนสิ่งที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และเพื่อหาโอกาสในการพัฒนาแนวทางดำเนินงาน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดด้านการมีส่วนร่วม⁽⁶⁾ ที่ว่าการถอดบทเรียนเป็นทั้งแนวคิดและเครื่องมือเพื่อสร้างการเรียนรู้ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งของการจัดการความรู้โดยเป็นกระบวนการ ดึงเอาความรู้จากการทำงานออกมาใช้เป็นทุนในการทำงานเพื่อยกระดับให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงแนวคิดที่เกี่ยวกับการถอดบทเรียน⁽⁵⁾ ที่ว่าการถอดบทเรียน คือการทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกเพื่อสืบค้น ความรู้จากการปฏิบัติงาน โดยใช้วิธีการสกัดจากกลุ่มเป้าหมายที่ได้ร่วมการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้นระหว่างการ

ปฏิบัติงานทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและสามารถเผยแพร่ศึกษาเรียนรู้ได้ จากกระบวนการถอดบทเรียนพบว่าการพัฒนากระบวนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพประกอบไปด้วยการพัฒนา 3 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาด้านกำลังคน (Staff) การพัฒนาด้านวัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ (Stuff) และการพัฒนาด้านระบบการดำเนินงาน (System) โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานีได้มีการพัฒนาในเรื่องของกำลังคน และการพัฒนาด้านวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในเบื้องต้นแล้ว จากผลการศึกษาข้างต้น และข้อมูลการจัดการภาวะฉุกเฉินของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ในระยะแรกการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเป็นไปด้วยความสับสน และข้อมูลดังกล่าวที่ได้มา โดยส่วนมากยังได้มาด้วยประสบการณ์ในการทำงานของคณะทำงานเป็นหลักซึ่งยังขาดการจัดทำแนวทางการดำเนินงานที่เป็นแผนการดำเนินงานที่ได้มาตรฐาน จึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการประเมินการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขกรณีอุทกภัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 และเขตสุขภาพที่ 9⁽⁸⁾ ที่ว่าการจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนการดำเนินงาน และการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ด้านการป้องกันควบคุมโรคประเทศไทย⁽⁹⁾ ที่พบว่าการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเหตุการณ์สึนามิและอุทกภัยใหญ่ในประเทศไทยไม่พบว่ามี การดำเนินการในระยะป้องกันและลดผลกระทบ และระยะการเตรียมความพร้อม แต่มีการดำเนินการในระยะการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และระยะการฟื้นฟู ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ประเทศไทยไม่เคยเกิดเหตุการณ์สาธารณสุขขนาดใหญ่บ่อยนัก และไม่มีแผนการ

เตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข หรือสาธารณสุขเชิงรุกมาก่อน จึงควรบูรณาการ แนวคิดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การ เฝ้าระวังโรค การป้องกันควบคุมโรค ให้สอดคล้องกับ หลักการจัดการสาธารณสุข และควรมีแผน ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการและแผนตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉินที่สอดคล้องกันในทุกระดับ รวมถึงมีแนวทาง มาตรฐานในการดำเนินงาน (SOP) เพื่อใช้เป็นแนว ทางการปฏิบัติงานในแต่ละภารกิจ และสอดคล้องกับ การศึกษาการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการ และระบบ บัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้าน สาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽⁵⁾ ที่ว่า การดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่ เหมาะสมต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์โรค จำทำ แผนเผชิญเหตุ และมาตรฐานการดำเนินงานการ ปฏิบัติงานในแต่ละภารกิจ และสอดคล้องกับ การศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ตามแนวทางชายแดนไทย ลาว ในพื้นที่จังหวัด หนองคายตามแนวทางบันทึกความร่วมมือ⁽¹⁰⁾ โดยมีการ จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน การดำเนินงานจากผู้ปฏิบัติงาน และร่วมกันพัฒนาระบบการดำเนินงานขึ้นมาเพื่อนำไปทดลองใช้โดย พบว่าหลังจากนำแนวทางที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นมาไปใช้ แล้วทำให้ระบบการดำเนินงานครอบคลุม และมี ประสิทธิภาพมีการตรวจจับผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจอยู่ในระดับที่มาก ขึ้นทุกด้าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการ จัดการภาวะฉุกเฉินโดยใช้กลไกระบบบัญชาการ เหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการวิจัย ที่ตรงตามแนวทางการดำเนินงาน และทฤษฎี รวมถึง การศึกษาอื่น ๆ ที่เคยมีผู้ศึกษาไว้ และจะส่งผลให้ศูนย์ ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของสำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี สามารถดำเนินงานในการ

จัดการภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน พื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานควรให้ความสำคัญในการพัฒนา องค์ความรู้ในเรื่องของระบบบัญชาการเหตุการณ์ การ จัดการภาวะฉุกเฉิน และศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ ให้กับบุคลากรทุกระดับ และทุกสายงาน เพื่อความ เข้าใจในระบบงานซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติงานมี ประสิทธิภาพ
2. หน่วยงานควรมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงการ เกิดโรคและภัยในพื้นที่ และจัดทำแผนการตอบโต้ภา วะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์ทั้งแผนทุโรครุทุกภัย (All Hazard Plan) แผนเฉพาะโรคและภัย (Hazard Specific Plan) และแผนเผชิญเหตุ (All Hazard Plan) รวมทั้งแผนการดำเนินงานที่จำเป็นอย่างอื่น เช่น แผนการระดมกำลังคน (Surge Capacity Plan) และ แผนประกอบกิจการ (Business Continues Plan)
3. หน่วยงานควรมีการนำแผนการตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉินที่ได้จัดทำไว้ มาทำการซ้อมแผนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนใน หน่วยงาน
4. ควรมีการคิดพัฒนาการนำเทคโนโลยีมาใช้ ในการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี เช่น ระบบฐานข้อมูลทรัพยากร ระบบการรายงานผลการ ปฏิบัติงาน ระบบการติดต่อสื่อสาร ประชุม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี รวมถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ทุกท่านที่ได้ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน และร่วมให้ ข้อมูลในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงมา ด้วยดี ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). รายงานผลการดำเนินงาน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร.
2. กรมควบคุมโรค. (2558). กรอบแนวทางการพัฒนาการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
3. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องรายชื่อ และอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2563. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 21 กรกฎาคม ค.ศ. 2565; แหล่งข้อมูล : www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_0001.PDF
4. Kemmis S, Mc Taggart R. (1990). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University press.
5. วิรัช ประวันเตา และคณะ. (2565). การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการ และระบบบัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารควบคุมโรค. 47(2). 396-498.
6. อุทัยทิพย์ เจียวิวรรธน์กุล. (2553). การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม: แนวคิด หลักการ และบทเรียน. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพี.เอ.อี. จำกัด.
7. รัตนา ดวงแก้ว. (2553). คู่มือการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาชุมชน.[ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <http://banpraknife.com/webboard/index.php?>
8. สมปอง โรจน์รุ่งศิริ (2555). การประเมินผลการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขกรณีอุทกภัย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 และ 9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
9. รพีพรรณ เดชพิชัย. (2560). การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ด้านการป้องกันควบคุมโรค ประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2560; 48: 577-83.
10. ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, สุพัตรา สิมมาทัน. (2558). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคายตามแนวทางบันทึกความร่วมมือ. ฐานข้อมูลผลงานวิชาการ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

การสำรวจเชื้อราในอากาศภายในห้องส้วมสาธารณะของสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง
กรณีศึกษาขานเมืองของกรุงเทพมหานครและจังหวัดในภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
A Survey of Mold Air in Public Toilets of the Petrol Service Stations : A Case Study of
Outskirts of Bangkok and Provinces in the Central and Northeastern Regions

(Received: September 17,2023 ; Revised: September 27,2023 ; Accepted: September 28,2023)

สิริยา ชานชัยศรี¹ กิตติศักดิ์ สีมะ² พชรธร ตันวัชรปานิ³ กรณภัส ล้ำเลิศ⁴. ศิริภัสสรณ์ สีมะสิทธิกุล⁵ เพชรชมพู แก้วมณี⁶ ชิลิตา
อัสสมกร³ จารวี สุขประเสริฐ⁸

Siriya Chanchaisri¹ Kittisak Simek² Phacharadhorn Tanwatcharapanee³ Kannapat Lamler⁴ Siraphatsorn
Seemasittikul⁵ Petchompoo Kaewmanee⁶ Chilita Assamakorn³ Jaravee Sukprasert⁷,

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาปริมาณเชื้อราและประเมินคุณภาพอากาศด้านจุลชีววิทยาของห้องส้วมสาธารณะในสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง โดยทำการเก็บตัวอย่างเชื้อราในสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงขานเมืองของกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด จำนวน 7 แห่ง คือ อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี อำเภอกง จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ในระหว่างวันที่ 1 - 5 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 แต่ละแห่งทำการเก็บ 2 จุด ทั้งหมด 14 ตัวอย่าง เก็บตัวอย่างโดยหลักการ settle plate โดยการวางจานเลี้ยงเชื้อ Potato Dextrose Agar (PDA) เปิดฝาทิ้งไว้เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าปริมาณค่าเฉลี่ยเชื้อราในอากาศภายในห้องส้วมสาธารณะของสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงที่ทำการสำรวจครั้งนี้ อยู่ในช่วง 32 - 84 CFU/m³/h และในภาพรวมคุณภาพอากาศด้านจุลชีววิทยาของห้องส้วมสาธารณะในสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงที่ทำการสำรวจในการศึกษาครั้งนี้มีคุณภาพอากาศอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี เมื่อแปลผลตามระดับดัชนีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศ (The Index of Microbial Air Contamination, IMA)

คำสำคัญ: เชื้อรา ส้วมสาธารณะ ดัชนีปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอากาศ

ABSTRACT

This study was a Cross-Sectional Survey Study research. The aims of this research were to investigate the amount of mold and to evaluate microbial air quality of public toilets in the petrol service stations. The data has been collected from public toilets in the petrol service stations outskirts of Bangkok and provincial 7 stations including Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon, MueangSuphanburi District, Suphanburi, Sam Phran District, Nakhon Pathom, Thung Khru District, Bangkok, MueangLopburi District, Lopburi, Khong district, NakhonRatchasima and Mueang Khon Kaen, Khon Kaen, during 1 - 5 July 2023. The samples were collected

¹ โรงเรียนเมืองคอง หมู่ 11 ตำบลเมืองคอง อำเภอกง จังหวัดนครราชสีมา 30260

² โรงเรียนเทพศิรินทร์ 1466 ถนนกรุงเกษม แขวงวัดเทพศิรินทร์ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100

³ โรงเรียนสาธิตนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล 999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

⁴ โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา เลขที่ 1 หมู่ 6 ตำบลกำแพงแสน อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม 73140

⁵ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี 321 ถนนนารายณ์มหาราช ตำบลทะเลชุบศร อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี 15000

⁶ โรงเรียนประถมปรีดาภรณ์ หมู่ 11 ถนนเที่ยงธรรม ต.หนองโก อ.กระนวน จ.ขอนแก่น 40170

⁷ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 18120

2 spots (totally 14 samples). The settle plate method using open Potato Dextrose Agar (PDA) was used as detection medium. The agar with opened lid was left at the examination room for 1 hour. The results found that the average airborne fungi concentrations in the air in public toilets in the petrol service stations were range 32 - 84 CFU/m³/h. The microbial air quality of public toilets in the petrol service stations were ranging from moderate to good when determined to The Index of Microbial Air Contamination (IMA).

Keywords: Mold, public toilets, Index of Microbial Air Contamination

บทนำ

เชื้อราเป็นจุลินทรีย์ชนิดหนึ่งที่มีอยู่ในธรรมชาติสามารถอยู่ได้ในสภาวะแวดล้อมที่หลากหลายทั้งที่เป็นอิสระ อยู่แบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน หรืออยู่แบบปรสิต มีขนาดเล็ก พบในรูปของสปอร์ หรือเส้นใยสำหรับสปอร์ของเชื้อรามีน้ำหนักเบาและมีขนาดเล็กอยู่ได้ในอากาศและสามารถแพร่กระจายไปตามกระแสลมได้ในระยะไกล¹ และหากสูดดมเข้าไปในร่างกายทำให้ร่างกายเกิดภูมิแพ้ในแบบต่าง ๆ เช่น ไข้ละอองฟาง (Allergic rhinitis, hay fever), โรคหืด (asthma), ปอดอักเสบจากภาวะภูมิไวเกิน เป็นต้น นอกจากนี้ การติดเชื้อราในร่างกายอาจทำให้เกิดลมพิษ (Urticaria), การอักเสบของผิวหนัง และภูมิแพ้ในระบบทางเดินอาหารได้ ซึ่งเชื้อราที่เป็นสาเหตุของโรคดังกล่าว ได้แก่ *Aspergillus* spp., *Cladosporium* spp., และ *Alternaria* sp.²

ปัจจุบันโรคภูมิแพ้พบมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย จากผลการสำรวจเมื่อ 20 กว่าปีก่อน พบผู้ป่วยโรคหอบหืดในไทยในกลุ่มผู้ใหญ่ประมาณ 2.5% ส่วนผลการสำรวจในเด็กเมื่อ 10 ปีก่อน พบว่าเด็กในกรุงเทพมหานคร เป็นโรคหอบหืด 4.2% แต่ในปัจจุบันพบเพิ่มขึ้น เป็น 13% และมีข้อมูลรายงานว่าโรคภูมิแพ้ผิวหนัง หรือผื่นแพ้ทางผิวหนังที่มักพบบ่อยในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กเล็กพบ 10-15% ของประชากรเด็กเล็ก นอกจากนี้มีข้อมูลรายงานว่าโรคภูมิแพ้ทางอากาศพบได้มากกว่าโรคภูมิแพ้แบบอื่น ๆ โดยจากการสำรวจในผู้ใหญ่และเด็กพบประมาณถึง 20% และมีแนวโน้มที่จะพบสูงขึ้นเรื่อย ๆ² นอกจากนี้เชื้อราบางชนิดยังสามารถสร้างสารพิษ (Toxin) เช่น สาร Aflatoxin ที่ผลิตโดยเชื้อรา *Aspergillus* sp. เป็นต้น เมื่อสัมผัสเข้าสู่ร่างกายจะมีพิษต่อระบบทางเดินหายใจ ทำลายเยื่อเมือก ทำให้ระคายเคือง เชื้อรา

หลายชนิดสามารถผลิต Volatile organic compounds (VOCs) และแอลกอฮอล์ได้ ถ้าได้รับเป็นจำนวนมากจะส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ ผื่นหนังอักเสบ หรืออาจทำให้เกิดอาการท้องเสียได้³

เชื้อราก็โรคเหล่านี้สามารถแพร่กระจายทางอากาศเป็นหลัก ความเร็วลมที่ทำให้เชื้อแพร่กระจายไปยังบริเวณต่าง ๆ หรือทำให้หยุดอยู่กับที่ ปริมาณผู้คนที่เข้ามาเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อชนิดและปริมาณเชื้อของเชื้อจุลินทรีย์เช่นกัน นอกจากนี้ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความชื้น อุณหภูมิ และการระบายอากาศที่เหมาะสม เป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของเชื้อราเหล่านี้⁴ เนื่องด้วยเชื้อรามีน้ำหนักเบาและสามารถแพร่กระจายทางอากาศทำให้ในทุกสถานที่โดยเฉพาะบริเวณอาจเป็นแหล่งสะสมเชื้อราได้โดยเฉพาะในบริเวณที่มีความชื้นสูง ได้แก่ ห้อง

ห้องส้วมเป็นสถานที่ที่มีความสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกคนเนื่องจากเป็นสถานที่ที่สร้างไว้โดยมีวัตถุประสงค์สำหรับใช้ในการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ⁵ ซึ่งการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะเป็นกิจวัตรประจำวันของมนุษย์ทุกคน ในปัจจุบันด้วยวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปผู้คนต้องมีการเดินทางออกจากบ้าน ทั้งเพื่อการทำงานในชีวิตประจำวัน เพื่อเดินทางไกล เพื่อการพักผ่อน หรือเพื่อการท่องเที่ยว ทำให้ต้องมีการเข้าห้องส้วมสาธารณะ⁶ ดังนั้นส้วมสาธารณะจึงเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตในสังคมและการบริการในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว จากผลการประเมินส้วมสาธารณะของไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าห้องส้วมสาธารณะในประเทศไทยมีอยู่ตามที่ต่าง ๆ ได้แก่ สถานที่ราชการ สวนสาธารณะ สถานีบริการน้ำมัน เชื้อเพลิง โรงพยาบาล โรงเรียน ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า

สถานีขนส่ง เป็นต้น และในสถานที่ต่าง ๆ เหล่านี้พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้ร่วมสาธารณะในปีสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงมากที่สุด ร้อยละ 46 รองลงมาคือแหล่งท่องเที่ยว ร้อยละ 39 และสถานีขนส่งทางบกและทางอากาศ ร้อยละ 37⁶ นอกจากนี้มีงานวิจัยของ Chiratttha Moayadee (2013)⁷ พบว่าการให้บริการห้องน้ำที่มีความสะอาดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ดังนั้นทีมวิจัย จากทีมวิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาปริมาณของเชื้อราในห้องร่วมสาธารณะในสถานีบริการเชื้อเพลิง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพอากาศด้านจุลชีววิทยาของห้องร่วมสาธารณะในสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะสามารถใช้สำหรับการเฝ้าระวังคุณภาพร่วมสาธารณะในสถานีบริการน้ำมันจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อตรวจหาปริมาณเชื้อราของห้องร่วมสาธารณะในสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง
2. เพื่อประเมินคุณภาพคุณภาพอากาศด้านจุลชีววิทยาของห้องร่วมสาธารณะในสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study)

เครื่องมือการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

- 1). แบบสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมของห้องร่วมสาธารณะ จำนวน 10 ข้อ โดยประยุกต์จากแบบประเมินเกณฑ์มาตรฐานร่วมของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- 2). การตรวจทางจุลชีววิทยา โดยการเก็บตัวอย่างเชื้อราในอากาศด้วย อาหารเลี้ยงเชื้อ Potato dextrose agar (PDA) ใน Petri Dish ขนาด 9 มิลลิเมตร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การเก็บตัวอย่าง ใช้การสุ่ม 2 วิธี⁸⁹ ดังนี้ พื้นที่ที่ทำการเก็บตัวอย่าง โดยสุ่มจังหวัดแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากเป็นพื้นที่อยู่อาศัยของผู้วิจัย จำนวน 7 พื้นที่ ได้แก่ อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี อำเภอสามปราชญ์ จังหวัดนครปฐม เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมาและอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และสุ่มสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงแบบสะดวก (Convenience Sampling) จำนวน 7 สถานี เนื่องจากเป็นสถานที่ที่อยู่ใกล้เคียงกับที่พักของผู้วิจัย ได้แก่ 1) สถานีบริการน้ำมันเชลล์ อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร 2) สถานีบริการน้ำมัน ปตท. อำเภอเมืองสุพรรณ จังหวัดสุพรรณ 3) สถานีบริการน้ำมันบางจาก อำเภอสามปราชญ์ จังหวัดสุพรรณ 4) สถานีบริการน้ำมันซัสโก้ เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร 5) สถานีบริการน้ำมัน ปตท. อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 6) สถานีบริการน้ำมัน ปตท. อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา และ 7) สถานีบริการน้ำมัน ปตท. อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บตัวอย่างในระหว่างวันที่ 1 - 5 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 แต่ละแห่งทำการเก็บ 2 จุด รวมทั้งหมด 14 ตัวอย่าง

การเก็บตัวอย่าง

เก็บตัวอย่างโดยใช้หลักการ settle plate² โดยเปิดจานอาหารเลี้ยงเชื้อ Potato dextrose agar (PDA)¹⁰ ที่วางไว้ที่จุดกำหนดของแต่ละห้อง ๆ ละ 2 จุด จุดละ 1 plate โดยวางจานอาหารเลี้ยงเชื้อสูงจากพื้น 1 เมตร ห่างจากผนังหรือสิ่งกีดขวาง 1 เมตร แต่ละจุดเปิดฝาทิ้งไว้ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นนำมาบ่มเพาะเชื้อที่อุณหภูมิห้อง เป็นเวลา 3 - 5 วัน

รายงานผลการตรวจวิเคราะห์

ปริมาณราในอากาศใช้วิธีอ้างอิงตามดัชนีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศ (The Index of Microbial Air Contamination, IMA)¹¹ ซึ่งแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 1 ระดับดัชนีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศ (IMA classes)

ค่า IMA	CFU/m ³ /h	ระดับเกณฑ์
0-5	0-9	ดีมาก
6-25	10-39	ดี
26-50	40-84	ปานกลาง
51-75	85-124	แย่มาก
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 76	มากกว่าหรือเท่ากับ 125	แย่มาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แสดงผลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการสำรวจข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมของห้องสัมภาระ จำนวน 10 ข้อ โดยประยุกต์จากแบบประเมินเกณฑ์มาตรฐานสัมของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า หัวข้อที่มีลักษณะตามเกณฑ์มากที่สุดร้อยละ 100 จำนวน 3 หัวข้อคือ หัวข้อที่ 2 อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจกสะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดี และใช้งานได้ หัวข้อที่ 4.1 ระบายอากาศด้วยวิธีธรรมชาติ เช่น หน้าต่าง และหัวข้อที่ 7 ประตูที่จับเปิด-ปิด และที่ล็อคด้านในสะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ สำหรับหัวข้อที่มีลักษณะตามเกณฑ์น้อยที่สุดคือ หัวข้อที่ 9 มีที่เป่ามือให้แห้ง และหัวข้อที่ 10 มีกระดาดชำระเพียงพอต่อการใช้งาน ร้อยละ 14.29 แสดงดังตารางที่ 2

ผลการสำรวจปริมาณเชื้อราในบรรยากาศภายในส่วนสาธารณะในสถานบริการเชื้อเพลิงทั้ง 7

แห่ง พบว่าปริมาณค่าเฉลี่ยเชื้อราในอากาศของส่วนสาธารณะในสถานบริการเชื้อเพลิงที่ทำการสำรวจครั้งนี้อยู่ในช่วง 32-84 CFU/m³/h และเมื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาแปลผลตามระดับดัชนีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศพบว่าคุณภาพอากาศภายในห้องสัมภาระในสถานบริการเชื้อเพลิงที่ทำการศึกษาในครั้งนี้อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดีเมื่อแสดงดังตารางที่ 3

จากการสังเกตโคโลนีเชื้อราบนจานอาหารเลี้ยงเชื้อ PDA โดยสังเกตสี (Pigment) ลักษณะผิวหน้า (Texture) และการยกตัว (Topography) ของเชื้อราที่พบในส่วนสาธารณะในสถานบริการเชื้อเพลิงในการศึกษาครั้งนี้ พบ 6 ลักษณะดังต่อไปนี้ 1) โคโลนีสีขาว ลักษณะผิวหน้าคล้ายสำลี (Cottony) 2) โคโลนีสีขาว ลักษณะผิวหน้าคล้ายขนสัตว์ (Wolly) 3) โคโลนีสีเขียวน้ำตาล ลักษณะผิวหน้าคล้ายกำมะหยี่ (Velvety) มีการยกตัวของโคโลนีแบบมีร่องเริ่มจากจุดกึ่งกลางแล้วแผ่ออกไปโดยรอบตามแนวรัศมี (Rugose) 4) โคโลนีสีดำ ลักษณะผิวหน้าคล้ายขนสัตว์ (Wolly) 5) โคโลนีสีครีม ลักษณะผิวหน้าเป็นเมือก (Mucoid) และ 6) โคโลนีสีขาว สีสปอร์มีดำ ลักษณะผิวหน้าคล้ายผง (Granular) แสดงดังภาพที่ 1

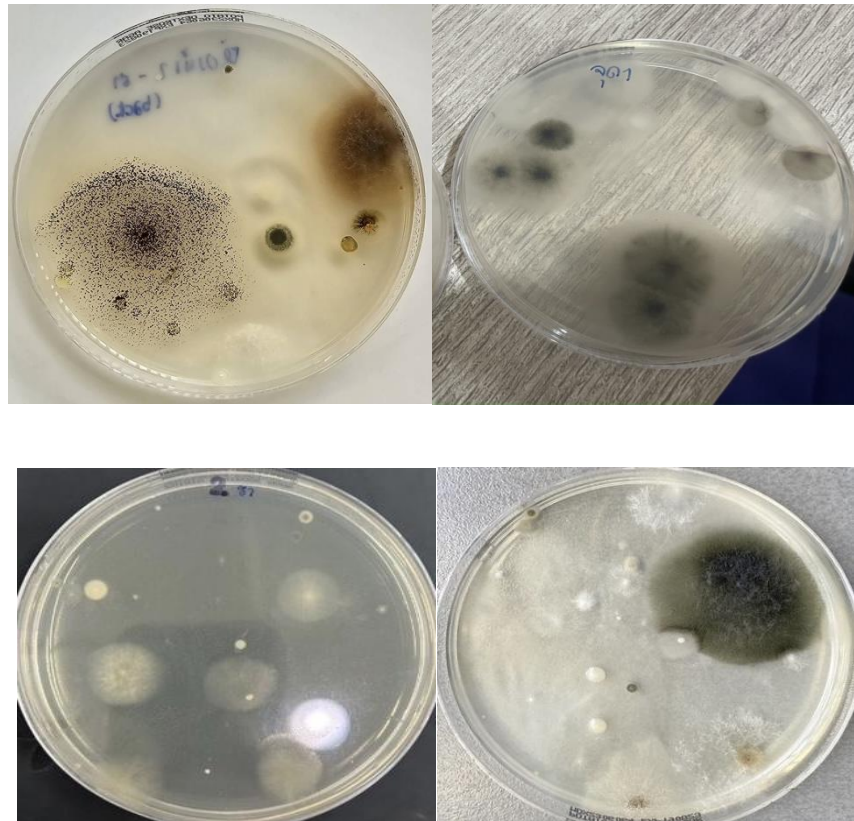
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ห้องน้ำที่มีลักษณะตามเกณฑ์มาตรฐานส้วมของกรมอนามัย

ข้อกำหนด	จำนวนห้อง(n= 7)	ร้อยละ
1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่ก่ดโถส้วม ที่ก่ดโถปัสสาวะ สะอาดไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้	4	57.14
2. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดี และใช้งานได้	7	100
3. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่บริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง	6	85.71
4. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น	5	71.43
4.1 ระบายอากาศด้วยวิธีธรรมชาติ เช่น หน้าต่าง	7	100
4.2 ระบายอากาศด้วยวิธีเชิงกล พัดลมระบายอากาศ	4	57.14
5. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่วแตกหรือชำรุด	6	85.71
6. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ	3	42.86
7. ประตูที่จับเปิด-ปิด และที่ล็อกด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพ ดี ใช้งานได้	7	100
8. พื้นห้องส้วมแห้ง	3	42.86
9. มีที่เป่ามือให้แห้ง	1	14.29
10. มีกระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งาน	1	14.29

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราส่วนล้านสารณะในสถานบริการเชื้อเพลิงแต่ละแห่ง และระดับดัชนีปนเปื้อนเชื้อ

จุลชีพในอากาศ (IMA)

ตัวอย่าง	สถานที่	ปริมาณเชื้อราที่พบ (CFU/ m ³ /h)			คุณภาพอากาศตัวอย่าง ภายในห้องส้วมสาธารณะ เมื่อเทียบกับค่าอ้างอิง
		ห้องน้ำห้องแรก	ห้องน้ำห้องสุดท้าย	เฉลี่ย	คุณภาพอากาศ
1	อำเภอเมืองสมุทรสาคร	32	60	46	ปานกลาง
2	อำเภอสองพี่น้องสุพรรณบุรี	44	20	32	ดี
3	อำเภอสามพรานนครปฐม	52	44	48	ปานกลาง
4	เขตทุ่งครุกรุงเทพฯ	56	16	36	ดี
5	อำเภอเมืองลพบุรีลพบุรี	36	28	32	ดี
6	อำเภอกงนครราชสีมา	48	40	44	ปานกลาง
7	อำเภอเมืองขอนแก่น	88	80	84	ปานกลาง



ภาพที่ 1 ลักษณะตัวอย่างของโคโลนีเชื้อราบนจานอาหารเพาะเชื้อ PDA

สรุปและอภิปรายผล

โดยรวมส้วมสาธารณะในสถานบริการเชื้อเพลิงทั้ง 7 แห่งที่ทำการศึกษานี้คุณภาพอากาศตัวอย่างภายในห้องส้วมสาธารณะเมื่อเทียบกับค่าอ้างอิงตามดัชนีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลางถึงดี มีค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราเฉลี่ยอยู่ในช่วง 32 - 84 CFU/m³/h โดยพบว่าปริมาณเชื้อราในห้องน้ำห้องแรกมีจำนวนมากกว่าห้องน้ำห้องสุดท้าย โดยห้องแรกมีเชื้อราอยู่ในช่วง 32-88 CFU/m³/h และห้องสุดท้ายมีปริมาณเชื้อราอยู่ในช่วง 16 - 80 CFU/m³/h ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปริมาณเชื้อรากับได้แก่ ระบบระบายอากาศโดยเฉพาะระบบการระบายอากาศแบบธรรมชาติจะมีการไหลเวียนของอากาศจากภายนอก¹² ซึ่งส้วมสาธารณะในสถานบริการเชื้อเพลิงทั้ง 7 แห่งที่ทำการศึกษานี้มีระบบการระบายอากาศแบบธรรมชาติทั้งหมด จึงอาจมีการปะปนสปอร์ของเชื้อราและเส้นใยของเชื้อรากับลมที่พัดมาใน

ห้องส้วมได้ โดยเฉพาะห้องส้วมแรกที่มีโอกาสในการรับอากาศจากภายนอกได้มากกว่าห้องสุดท้ายจึงทำให้พบปริมาณของเชื้อรามากกว่าห้องสุดท้าย ทั้งนี้เนื่องจากสปอร์ของเชื้อราและเส้นใยมีขนาดเพียง 3 - 200 ไมครอน ส่วนมากมีขนาดประมาณ 10 ไมครอนสามารถแพร่กระจายไปในอากาศได้ง่ายเนื่องจากมีขนาดเล็ก¹³ นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพบชนิดและปริมาณของเชื้อราขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ได้แก่ ความเร็วลม และปริมาณผู้คนที่เข้ามาใช้งานในห้องน้ำ⁴ สำหรับลักษณะเชื้อราที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยได้ทำสังเกตลักษณะโคโลนีที่ทำการเพาะเลี้ยงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ PDA ซึ่งเป็นอาหารสำหรับเพาะเชื้อรา ลักษณะที่พบแยกได้เป็น 6 รูปแบบ 1) โคโลนีสีขาวลักษณะผิวหน้าคล้ายสำลี (Cottony) 2) โคโลนีสีขาวลักษณะผิวหน้าคล้ายขนสัตว์ (Wolly) 3) โคโลนีสีเขียวลักษณะผิวหน้าคล้ายกำมะหยี่ (Velvety) มีการยกตัวของโคโลนีแบบมีร่องเริ่มจากจุดกึ่งกลางแล้วแผ่นออกไปโดยรอบ

ตามแนวรัศมี (Rugose) 4) โคลนีสีดำ ลักษณะผิวหน้าคล้ายขนสัตว์ (Wolly) 5) โคลนีสีครีม ลักษณะผิวหน้าเป็นเมือก (Mucoid) และ 6) โคลนีสีขาว สีสปอร์มีดำ ลักษณะผิวหน้าคล้ายผง (Granular) ซึ่งคาดว่า จะเป็นเชื้อราในจีนัส *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp., *Penicillium* spp. และ *Rhizopus* spp.^{14,15} ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ก้องภา อุตังสังข์ และกาญจนา นาละพินธุ (2561)¹⁶ ได้ทำการศึกษาชนิดและปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบเชื้อรา 4 ชนิด ได้แก่ *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp., *Penicillium* spp. และ *Rhizopus* spp. โดยเชื้อที่พบมากที่สุดคือเชื้อ *Aspergillus* spp. ร้อยละ 57.07 นอกจากนี้ เนตรชนก สมใจ และคณะ (2562)¹³ ได้ทำการศึกษาคุณภาพอากาศด้านจุลินทรีย์ ภายภาพ และสิ่งแวดล้อมภายในอาคารห้องสมุดมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการศึกษาพบเชื้อรา *Aspergillus* spp., *Penicillium* spp. และ *Fusarium* spp. เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ จิตรลดา อ่อนสุระทม และกาญจนา นาละพินธุ (2563)¹⁷ ที่ได้ทำการศึกษาปริมาณและชนิดของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศภายในอาคารผู้โดยสาร ผลการศึกษาพบเชื้อราทั้งหมด 5 ชนิด ได้แก่ *Cladosporium* spp., *Fusarium* spp., *Penicillium* spp., *Aspergillus* spp., และ *Alternaria* spp. เมื่อวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับเชื้อราในอากาศในที่ผ่านมาในภาพรวมที่ทำการศึกษาในสถานที่ต่าง ๆ อาทิ ในโรงพยาบาล ห้องสมุด ภายในโดยเฉพาะผู้โดยสาร จะเห็นได้ว่า เชื้อราส่วนใหญ่ที่พบมากที่สุด คือ *Aspergillus* spp. และ *Penicillium* spp. ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ และเนื่องจากเชื้อราจีนัส *Aspergillus* spp. และ *Penicillium* spp. เป็นเชื้อที่พบได้ทั่วไปทุกแห่งตามธรรมชาติ ทั้งในดิน น้ำ พืช ผักผลไม้ รวมทั้งธัญพืช² ประกอบกับห้องส้วมซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความชื้นสูงซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเจริญเติบโตของเชื้อราส่วนใหญ่³ การพบเชื้อราในปริมาณที่มากหรือน้อย องค์การคุ้มครองสิ่งแวดล้อมแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. Environmental Protection Agency : EPA) ได้กล่าวไว้ว่า เชื้อราสามารถสร้างสารก่อภูมิแพ้ (Allergen) ได้ซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาแพ้หรือแม้แต่ทำให้เกิดโรคหอบหืดในผู้ที่แพ้เชื้อราได้ และเชื้อ

ราบางชนิดสามารถสร้างสารพิษ ซึ่งก่อให้เกิดการระคายเคืองอย่างแรง¹⁸ ดังนั้นมาตรการการทำความสะอาดที่เหมาะสม และการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น มีระบบการระบายอากาศที่ดี เพื่อลดและป้องกันการเพิ่มจำนวนของเชื้อจุลินทรีย์จึงเป็นสิ่งจำเป็นข้อเสนอแนะในการนำ

ผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในส่วนของภาคีฐานข้อมูลไปใช้ประกอบการพิจารณาเพื่อกำหนดมาตรการหรือใช้เป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพทางจุลชีววิทยาของห้องส้วมสาธารณะในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นจุดที่ประชาชนมีการใช้บริการมาก
2. สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานใช้แจ้งเตือนประชาชนผู้มาใช้บริการห้องส้วมสาธารณะในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงให้รักษาความสะอาดส่วนบุคคลหลังใช้บริการห้องส้วมสาธารณะ
3. ใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้ประกอบการสถานบริการน้ำมันปรับปรุงห้องส้วมในการจัดการคุณภาพอากาศภายในห้องส้วมภายในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงให้อยู่ในระดับที่ดีและสามารถหาวิธีป้องกันและกำจัดการแพร่ของเชื้อจุลินทรีย์ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการตรวจหาปริมาณเชื้อราของห้องส้วมสาธารณะในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงเพื่อประเมินสถานการณ์การปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศของห้องส้วมสาธารณะในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการแยกวิเคราะห์ชนิดของเชื้อรา
2. ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณและชนิดของเชื้อจุลินทรีย์ที่พบในแต่ละช่วงเวลาการใช้บริการห้องส้วมสาธารณะในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง
3. ศึกษาและตรวจหาปริมาณเชื้ออื่นๆ เช่น ยีสต์ หรือแบคทีเรียร่วมกับเชื้อราจากแหล่งห้องส้วมให้หลากหลายมากขึ้นเพื่อประสิทธิภาพในการประเมินคุณภาพอากาศและความสะอาดเพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพของห้องส้วมสาธารณะให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.แมนสรวง วุฒิอุดมเลิศ. เชื้อที่มากับมลพิษในอาคาร: รา. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ค. 2566]. เข้าถึงจาก:
<https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/116/รา-เชื้อที่มากับมลพิษในอาคาร/>.
- 2.จักรพงษ์ นิมานะ, ศิริลักษณ์ เจริญรัตน์ และ วราลี บุญญพิทักษ์สกุล. การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอากาศของ
ห้องปฏิบัติการคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ.วารสารวิทยาศาสตร์ มข. 2557; 42(2): 341-349.
- 3.พิทักษ์ คิมนารา. การแพร่กระจายของเชื้อราในอากาศภายในห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์: กรณีศึกษาห้อง
ปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัย
ศิลปากร; 2558.
- 4.นภัฐมณ โมโนรัตน์, นันทกา สันธน์สกุล. การศึกษาเชื้อจุลินทรีย์ปนเปื้อนและคุณภาพอากาศในอาคารในโรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2562; 2(9):1-10.
- 5.กิจจา จิตรภิมย์ และปิยะรัตน์ จิตรภิมย์. สภาพปัญหาของส้วม และพฤติกรรมของผู้ใช้ส้วมที่ตั้งในแขวงหริณบุรี
กรุงเทพมหานคร. ก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์. 2560; 17 (2): 54-68.
- 6.สุวิษญาน์ ไชนิม. การศึกษามาตรฐานส้วมสาธารณะในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ถนนเชียงใหม่-ฮอด จังหวัด
เชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
- 7.ศักราช สุวรรณรังสี, ธนิตา สุนทรไชย และนิศารัตน์ โชติเชย. การพัฒนาคุณภาพการให้บริการสถานบริการน้ำมัน ปตท. ในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2562; 6 (2): 61-78.
- 8.กมลพิพัฒน์ ชนสิทธิ์ และประสพชัย พสุนนท์. การสุ่มตัวอย่างและการผสมข้อมูลตามแบบแผนการวิจัยแบบผสมวิธี.
วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี. 2561; 12 (29): 147-158.
- 9.สัจจมาน ตรันเจริญ. พฤติกรรมการใช้ส้วมสาธารณะของคนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.ย.2566].เข้าถึงจาก:
https://env.anamai.moph.go.th/th/dm- km /download?id=36657&mid=30431&mkey=m_document&lang=th&did=12663.
- 10.นุรอุดา สุวรรณนุรักษ์, ลัดดาวัลย์ พะวร, พหล แสนสมชัย และอรอุมา จันท์เสถียร. ราในอากาศภายในอาคารวิทยาลัย
นครราชสีมา. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา; 30 มีนาคม 2562 วิทยาลัยนครราชสีมา. จังหวัดนครราชสีมา.1053-1058.
- 11.Pasquarella C., Pitzurra O. and Savino, A. The Index of Microbial Air Contamination. Journal of Hospital
Infection 2000; 46: 241-256.
- 12.ณัฐพงษ์ ทองเงิน, ศุภวิชัย นาคครั้น, ณัฐจิต อันเมฆ และจินดา คงเจริญ. ปริมาณสปอร์ของรา *Aspergillus*,
Cladosporium และ *Penicillium* ชักนำให้เกิดโรคหอบหืดอย่างมีศักยภาพในนักเรียนอายุ 10-15 ปี. วารสารวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยี 2559; 1(24):2-13.
- 13.เนตรชนก สมใจ, พิพัฒน์ ลักษณะจักรกุล, พิศิษฐ์ วัฒนสมบุรณ์ และสุนธรา ศรี. คุณภาพอากาศด้านจุลินทรีย์ ภายนอก และ
สิ่งแวดล้อมภายในอาคารห้องสมุดมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์ 2562;2(19):1-
17.
- 14.พรณี ดุ้ยเต็มวงศ. เอกสารประกอบการสอนวิชาจุลชีววิทยาอาหาร (ปฏิบัติการ). ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2545.
- 15.อรอุมา จันท์เสถียร, ลัดดาวัลย์ พะวรและ สุธิดา พันแสน. การตรวจหาเชื้อราในผลไม้ขายปลีกพร้อมบริโภค.
การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา; 27 มีนาคม 2564. วิทยาลัยนครราชสีมา. จังหวัดนครราชสีมา.776-779.
- 16.ก้องนภา อุทัยสังข์ และกาญจนา นาคะพินธุ. ชนิดและปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศ แผนกผู้ป่วยนอกของ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
2561; 2(25):1-8.
- 17.จิตรลดา อ่อนสุระม และกาญจนา นาคะพินธุ. ปริมาณและชนิดของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศภายในอาคาร
ผู้โดยสาร กรณีศึกษา ท่าอากาศยานนานาชาติแห่งหนึ่ง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
2563; 2(27):1-9
18. กติกา สระมณีนทร์, กานต์ลินญา บุญที, สิริวรรณยา ศรีษาคำกุลวัฒน์ และยุภารัตน์ เครือวงษา. การสำรวจชนิดและปริมาณ
เชื้อราที่แขวนลอยในอากาศ อาคารวิจัย คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการระดับชาติ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล รังสิตคลองนครินทร์ ครั้งที่ 1: เรื่อง นวัตกรรมอาคาร; 10-11 สิงหาคม 2559. จังหวัดนครปฐม. 438-445.



การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่าย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอฟ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

Changing cervical cancer screening behavior using a network partnership process, Nong Luang Subdistrict Health Promoting Hospital, Fao Rai District, Nong Khai Province

(Received: September 20, 2023 ; Revised: September 27, 2023 ; Accepted: September 28, 2023)

วิจิตร ใจดี¹

Wijit Jaidee

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอฟ้าไร่ จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุ 30 - 59 ปี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในปี 2566 ที่ยังไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่ายและแบบสอบถามการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pair t – test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองสตรีอายุ 30 – 59 ปี ทำให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความพึงพอใจต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปีอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, $SD=.054$)

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, สตรีอายุ 30 - 59 ปี, กระบวนการภาคีเครือข่าย

Abstracts

This quasi-experimental research aimed to study the effect of changing cervical cancer screening behavior through a network partnership process at Nong Luang Subdistrict Health Promoting Hospital, Fao Rai District, Nong Khai Province. The sample group was 100 women aged 30 - 59 years, who are the target group for cervical cancer screening in 2023. who never utilized the cervical screening test. The tools used in the research include: Changing cervical cancer screening behavior using a network process and a research questionnaire. Data were analyzed using statistics Frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Pair t-test.

The results showed that the women aged 30 – 59 years had significantly higher mean scores of knowledge about cervical cancer, perception of the severity of cervical cancer, perceived benefits and barriers to receiving cervical cancer screening, and perception of factors affecting receiving cervical cancer screening services were significantly higher than before the experiment ($p < .05$) Satisfaction with cervical cancer screening services among women aged 30 - 59 years is at a high level ($\bar{X} = 4.16$, $SD=.054$).

Keyword; behavior modification, cervical cancer screening, women aged 30-59 years, using the network process

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรงที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สำหรับประเทศไทย

พบว่า โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของสตรีไทย พบมากช่วงอายุ 45 - 55 ปี โดยประชากรผู้หญิงอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยง

¹ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)

เป็นมะเร็งปากมดลูก 28.9 ล้านคน มีผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกรายใหม่มากถึง 8,622 รายและเสียชีวิต 5,015 ราย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบ บ่อยในผู้หญิงอายุระหว่าง 15-44 ปี เป็นอันดับที่ 2 ของสตรีไทย รองจากมะเร็งเต้านม แต่จำนวนผู้เสียชีวิตในแต่ละปีมากกว่ามะเร็งเต้านม ⁽¹⁾ ถ้ากลุ่มสตรีได้รับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90.0 ในทุกๆ ปี สามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกๆ 5 ปี สามารถรอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ได้ร้อยละ 70.0 และลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 55.0 ⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ช่วงอายุ 35 - 60 ปี ให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2560 ร้อยละ 100 ⁽²⁾ โดยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear เพื่อค้นหาโรคนิ่วและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกให้ได้ตั้งแต่อยู่ในระยะแรกเริ่มจะทำให้ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งและอัตราการตายจากโรคมะเร็งได้อย่างเป็นรูปธรรมแต่ผลการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายกำหนดไว้ภายในเวลา 5 ปี อย่างไรก็ตาม สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 กำหนดเป้าหมายความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0 และผลการดำเนินงานในช่วง 5 ปี พบอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี เพียงร้อยละ 44.5 (กลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80.0 ⁽³⁾ จังหวัดหนองคาย มีประชากรเพศหญิง 196,145 คน อายุระหว่าง 30 - 60 ปี จำนวน 85,780 คน ⁽³⁾

ในปี 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กำหนดนโยบายและแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA มีการรณรงค์การประชาสัมพันธ์โดยจากข้อมูลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง

กำหนดเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 2560 - 2565 ในกลุ่มสตรีอายุ 30 - 59 ปี จำนวน 1,146 ราย ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มสตรีอายุ 30 - 59 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลเฝ้าไร่และคลินิก 902 ราย (ร้อยละ 78.71) ตรวจพบระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก 27 ราย อย่างไรก็ตาม ปี 2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวงทำการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน ด้วยกระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและแกนนำสตรีในชุมชนเป็นผู้ให้คำแนะนำชี้แนะให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตาม สตรีที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจไม่ตระหนักถึงอันตรายของโรคและคิดว่าตนเองจะไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ถึงแม้ว่า จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องจะทำให้กลุ่มสตรีให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี รวมทั้ง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ญาติพี่น้อง คนในครอบครัว โดยเฉพาะสามี ดังนั้น กระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสตรีอายุ 30 - 59 ปี มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ให้บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0 ด้วยการนำภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน สมาชิก

องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกลุ่มแกนนำสตรี เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกขั้นตอน⁽⁴⁾

ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ในการหาแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นจริงของสตรีอายุ 30 – 59 ปี ที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยปรับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมบริบทของพื้นที่ ในการกระตุ้นเตือนให้สตรีที่มีอายุ 30 - 59 ปี มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 5 ปี เพื่อเป็นการป้องกันโรคและลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยกระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้มะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อกระบวนการภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

สมมติฐานการวิจัย

การทดลองการทดลองความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้มะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการมาตรวจมะเร็งปาก

มดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี ดีวก่อนการทดลอง

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Pretest-Posttest Design) ใช้ระยะเวลาวิจัย 12 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มสตรีอายุ 30 - 59 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย 1,146 คน⁽⁴⁾

คำนวณขนาดตัวอย่างตามขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน⁽⁵⁾ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ .10 สัดส่วนของประชากร (P) เท่ากับ .05 ได้ขนาดตัวอย่าง 88.67 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 100 คน⁽⁶⁾ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวงภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยกระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร อาการผิดปกติของสตรี

ส่วนที่ 2 การรับรู้การมาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การมาตรวจมะเร็งปากมดลูก สาเหตุที่ไม่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจมะเร็งปากมดลูก บุคคลที่แนะนำมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในครั้งนี้

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบชนิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.78 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1997) ได้แก่ สูง (9 – 11 คะแนน) ปานกลาง (7 – 8 คะแนน) น้อย (1 – 6 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ลักษณะคำตอบชนิด 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยด้วย (1 คะแนน) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 ถือว่าแบบวัดมีความเชื่อถือได้สูง ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (Best, 1997) ได้แก่ สูง (22 – 27 คะแนน) ปานกลาง (16 – 21 คะแนน) น้อย (9 – 15 คะแนน) และการรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Best, 1997) ได้แก่ สูง (27 – 33 คะแนน) ปานกลาง (21 – 26 คะแนน) น้อย (11 – 20 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบชนิด 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยด้วย (1 คะแนน) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ถือว่าแบบวัดมีความเชื่อถือได้สูง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมา

รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (Best, 1997) ได้แก่ สูง (48 – 60 คะแนน) ปานกลาง (36 – 47 คะแนน) น้อย (20 – 35 คะแนน)

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ ด้านกระบวนการ ด้านบุคลิกภาพของบุคลากร ด้านการให้บริการและผลของการบริการ ลักษณะคำตอบชนิด 3 ตัวเลือก คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (1 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ถือว่าแบบวัดมีความเชื่อถือได้สูง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ (Best, 1997) ได้แก่ มากที่สุด (4.21 – 5.00 คะแนน) มาก (3.41 – 4.20) ปานกลาง (2.61 – 3.40 คะแนน) น้อย (1.81 – 2.60 คะแนน) น้อยที่สุด (1.00 – 1.80 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กระบวนการภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวงในการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบ่งกลุ่มภาคีเครือข่ายเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน หมู่บ้านละ 1 คน 9 หมู่บ้าน จำนวน 9 คน (2) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หมู่บ้านละ 1 คน 9 หมู่บ้าน จำนวน 9 คน (3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยคัดเลือกประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมู่บ้านละ 1 คน 9 หมู่บ้าน จำนวน 9 คน (4) กลุ่มแกนนำสตรี หมู่บ้านละ 3 คน 9 หมู่บ้าน จำนวน 27 คน กระบวนการดำเนินงานในพื้นที่ เน้นการติดตามสตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยภาคีเครือข่ายออกเยี่ยมบ้านสร้างความคุ้นเคยจนเกิดความเข้าใจและตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแบ่งกระบวนการดำเนินงานออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ



1. ประชุมเจ้าหน้าที่และคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงและร่วมกันวางแผนการดำเนินงานรณรงค์คัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่าย (Empowerment) ให้เข้มแข็ง

2. ประชุมเจ้าหน้าที่จัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย (1) จัดทำแผนการปฏิบัติงานรณรงค์คัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูก (2) จัดทำคู่มือและแฟ้มบันทึกการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และกลุ่มแกนนำสตรี (3) จัดทำทะเบียนรายชื่อสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานของโครงการแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวงและภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง พร้อมทั้งให้ความรู้และแบ่งกลุ่มระดมความคิดในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีเครือข่ายประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และกลุ่มแกนนำสตรี

4. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการ เช่น เตียงตรวจ โคมไฟ เป็นต้น

5. ประชาสัมพันธ์รณรงค์คัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกและประสานงานกับห้องชันสูตรโรงพยาบาลเฝ้าไร่ ในการส่งตรวจมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินงาน

1. กำหนดการรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกหมู่บ้าน ๆ ละ 1 วัน

2. ภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวงดำเนินการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีอายุ 30 - 59 ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยกระบวนการภาคีเครือข่าย จำนวน 1,146 คน

4. ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีอายุ 30 - 59 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย และส่งตรวจชันสูตรที่โรงพยาบาลเฝ้าไร่

5. ส่งต่อผู้ที่ผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ

6. ภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวงติดตามเยี่ยมบ้านสตรีอายุ 30 - 59 ปี ที่ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกปกติและผิดปกติ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนติดตามประเมินผลและรายงานผล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีอายุ 30 - 59 ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยกระบวนการภาคีเครือข่าย จำนวน 100 คน

2. สรุปและจัดทำรายงานผลการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยกระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่าย ด้วยสถิติ Pair t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 34/2566 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. สตรีอายุ 30 – 59 ปี ที่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ อายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.00 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 51.00 อาชีพเกษตรกร/ประมง ร้อยละ 59.00 รายได้ต่อครัวเรือน (ต่อเดือน) น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 54.00 มีบุตร 2 คน ร้อยละ 69.00 การตั้งครรภ์ 2 ครั้ง ร้อยละ 54.00 อาการเกี่ยวกับร่างกายของสตรีอายุ 30 – 59 ปี พบว่า ไม่เคยมีเริ่มที่อวัยวะเพศ ร้อยละ 100.00 ไม่มีตกขาวมีกลิ่นเหม็น ร้อยละ 77.00 ไม่มีหูดหรือหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ ร้อยละ 100.00 ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดที่ไม่ใช่ประจำเดือน ร้อยละ 88.00 ไม่มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 94.00

2. การรับรู้การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี พบว่า ระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 38.00 สาเหตุที่ไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากความอายที่จะมาตรวจ ร้อยละ 35.00 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 73.00 ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้รับจากทางเสียงตามสาย ร้อยละ 39.00 มาตรวจมะเร็งปากมดลูกในครั้งนี้จากการชักชวนของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 50.00

3. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี พบว่า ก่อนการทดลองความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 35.0 และระดับมาก ร้อยละ 18.0 ตามลำดับ หลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 42.0 และระดับน้อย ร้อยละ 16.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี หลังทดลอง ($\bar{X}$ = 9.84, SD.=1.03) ดีวก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 7.52, SD.=2.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

4. การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี ในความรับผิดชอบของในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

4.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี พบว่า ก่อนการทดลองการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ ระดับมากและระดับน้อย เท่ากัน คือ ร้อยละ 24.0 ตามลำดับ หลังการทดลองการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.00 และระดับน้อย ร้อยละ 14.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี หลังทดลอง ($\bar{X}$ = 24.09, SD.=2.25) ดีวก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 20.32, SD.=4.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

4.2 การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี พบว่า ก่อนการทดลองการรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 32.0 และระดับน้อย ร้อยละ 31.00 ตามลำดับ หลังการทดลองรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.0 และระดับน้อย ร้อยละ 26.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) รับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี

หลังทดลอง ($\bar{X} = 30.12$, $SD = 1.07$) ดีวก่อนทดลอง ($\bar{X} = 25.38$, $SD = 3.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

5. การรับรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี พบว่า ก่อนการทดลอง การรับรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.0 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 39.0 และระดับมาก ร้อยละ 12.0 ตามลำดับ หลังการทดลองการรับรู้ปัจจัยที่ส่งผล

ต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 38.0 และระดับน้อย ร้อยละ 18.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) การรับรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี หลังทดลอง ($\bar{X} = 46.162$, $SD = 2.01$) ดีวก่อนทดลอง ($\bar{X} = 44.15$, $SD = 3.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยกระบวนการภาคีเครือข่าย (n=100)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก				
มาก (9 – 11 คะแนน)	18	18.0	42	42.0
ปานกลาง (7 – 8 คะแนน)	47	47.0	44	44.0
น้อย (1 – 6 คะแนน)	35	35.0	16	16.0
ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก				
มาก (22 – 27)	24	24.0	47	47.0
ปานกลาง (16 – 21)	52	52.0	29	29.0
น้อย (9 – 15)	24	24.0	14	14.0
การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก				
มาก (27 – 33)	32	32.0	46	46.0
ปานกลาง (21 – 26)	37	37.0	28	28.0
น้อย (11 – 20)	31	31.0	26	26.0
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก				
มาก (48 – 60)	12	12.0	38	38.0
ปานกลาง (36 – 47)	59	59.0	44	44.0
น้อย (20 – 35)	39	39.0	18	18.0

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยกระบวนการภาคีเครือข่าย (n = 100)

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก	7.52	2.10	9.84	1.03	7.016	.000 *
ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	20.32	4.11	24.09	2.25	5.689	.000 *

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยกระบวนการภาคีเครือข่าย (n = 100)

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก	25.38	3.25	30.12	1.07	9.795	.000 *
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	44.15	3.21	46.16	2.01	3.752	.000 *

* p < .05

6. ความพึงพอใจต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปีโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, SD.=0.54) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ บุคลิกภาพของบุคลากรผู้ให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X} = 4.19$, SD.=0.29) รองลงมาคือ ผลของการบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X} = 4.16$, SD.=0.31) การให้บริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$, SD.=0.34) และกระบวนการการตรวจมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X} = 4.13$, SD.=0.54) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคที่จะได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 59 ปี สูงกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรัชศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์⁽⁷⁾ ที่พบว่า สตรีอายุ 30 – 60 ปี ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค การรับรู้ต่อ

อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้สิ่งชักนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกับการศึกษาของริยดา ตะวันกุลกิตติ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกสร้างรูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหลวง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากพื้นที่อื่นมาให้ความรู้แก่สตรีและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหลวงเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ในเวทีการประชุม/ เวทีประชาคมในหมู่บ้าน แกนนำสตรีและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกกับสตรีกลุ่มเป้าหมายตามละแวกที่รับผิดชอบ การประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ ในหมู่บ้านนำบัตรนัดตรวจพร้อม แนบเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรี

กลุ่มเป้าหมายตามละแวกที่รับผิดชอบ พุดคุยให้ ความรู้แก่สตรี ชักชวน โน้มน้าว ข้อดีของการมารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กระตุ้นเตือน สันับสนุนให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นสตรีทำ หน้าทีผู้นำในการตรวจมะเร็งปากมดลูกก่อน เพื่อ เป็นตัวอย่างแก่สตรีที่ไม่มารับการตรวจ ร่วมกับการ นำสตรีที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พบการ ผิดปกติ เป็นต้นแบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ สตรีเล่าถึงประสบการณ์ การตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกและพบมะเร็งปากมดลูก วิธีการ การ รักษา และการดูแลตนเอง รวมทั้งแจกเอกสาร เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้ กระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหนองหลวงในระยะแรกของการ ดำเนินงาน สตรีอายุ 30 – 59 ปี ไม่ยินดีเข้าตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากความอาย ร้อยละ 35.00 แต่เมื่อรับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง ปากมดลูกและการตรวจมะเร็งปากมดลูกทางเสียง ตามสาย และ ได้รับการชักชวนจากอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมารับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้ง สาธิตวิธีการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบวิธี HPV DNA testing พร้อมแจกคู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกและวิธีการเตรียมตัวก่อนตรวจ และการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่มี ประสบการณ์โดยตรง จึงอาจกล่าวได้ว่าการรับรู้เพื่อ ลดอุปสรรค โดยการสื่อสารผ่านสื่อกิจกรรม สื่อ สิ่งพิมพ์ สื่อบุคคล ส่งผลให้สตรีสามารถลดความ วิตกกังวล ความอายและความไม่สบายใจที่จะต้อง ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์⁽⁹⁾ เป็น กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความไว้วางใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความ ช่วยเหลือด้านสิ่งของ แรงงาน และข้อมูลต่างๆเพื่อ เกิดการ เรียนรู้และทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้บุคคล

เกิดการแก้ไขปัญหาหรือมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้การ กระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรือกลุ่ม เพื่อนสตรีหรือบุคคลที่กลุ่มเป้าหมายและการติดตาม เยี่ยมบ้าน เกิดการยอมรับจะเป็นแรงผลักดันให้ไป เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁰⁾ ส่งผล ให้สตรีอายุ 30 – 59 ปี มีความพึงพอใจต่อการมารับ บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก เนื่องจาก กระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหนองหลวง อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในกรณีที่มี ปัญหาหรือมีอุปสรรคในการมารับบริการตรวจ รวมทั้งทำการกระตุ้นเตือนการเข้ารับการตรวจ มะเร็งปากมดลูก ก่อนวันนัดหมาย 1 สัปดาห์ และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ช่วยติดตามในชุมชน ร่วมด้วย ส่งผลให้สตรีอายุ 30 – 59 ปี ตัดสินใจเข้า รับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การจัดรูปแบบส่งเสริมสุขภาพให้สตรีได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกต้องมีความเหมาะสมในเรื่อง หลักสูตร สื่อการสอนกลวิธีการดำเนินงาน และ ระยะเวลาให้มีความเหมาะสมตามวิถีชีวิตของสตรีใน ชุมชน ไม่ควรใช้เทคโนโลยีขั้นสูงมากเกินไป รวมทั้ง เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้สตรีได้เอาใจใส่ใน การตรวจประเมินและสังเกตอาการผิดปกติหรือการ เจ็บป่วยของตนเอง เพื่อสตรีจะได้แสวงหารูปแบบ หรือวิธีการในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการภาคี เครือข่าย ควรนำแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล อาทิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) คนในชุมชน ครอบครัว หรือสามี ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นผู้ป่วย เบาหวาน ผู้ป่วยวัณโรค

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่ายควรให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้สตรีได้เอาใจใส่ในการตรวจประเมินและสังเกตอาการผิดปกติหรือการเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อสตรีจะได้แสวงหารูปแบบหรือวิธีการในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

2. ควรนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่ายมาพัฒนารูปแบบการสนับสนุนหรือการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในประเด็นอื่นๆ เพื่อให้เหมาะสมกับพื้นที่ เช่น การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ สำเร็จด้วยดีด้วยความกรุณาเมตตาจากผู้มีพระคุณหลาย ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ นายนิรันดร์ ธาระคร สาธารณสุขอำเภอเฝ้าไร่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหลวง แกนนำสตรีและอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีอายุ 30 – 59 ปี ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสขอขอบคุณ อาจารย์พิศิษฐ์ พวงนาค ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO/ ICO. Human Papillomavirus and Related Diseases Report in Thailand Washington, DC: n.p; 2018
2. Cancer Registry Unit, National Cancer Institution, Hospital – Based Report 2011-2020. https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2011-2020/index.html.
3. กระทรวงสาธารณสุข. HDC กระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2565. จาก <https://hdcservice.moph.go.th/>
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง. รายงานผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565.; 2565
5. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), pp. 608-609.;1970
6. อรุณ จิรวัดน์กุล. การสุ่มแบบเจาะจงในงานวิจัยเชิงปริมาณ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562
7. จิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. พุทธชินราชเวชสาร, 38(2),130-140. สืบค้นเมื่อ 21 มกราคม 2565. จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/251799>
8. ริณดา ตะวันกุลกิตติ. รูปแบบกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อ ส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 1(6), 5-14; 2560
9. House, J. S. Work stress and social support. Retrieved May 20, 2020, from <http://books.google.com/books?id=qO2RAAAIAAJ> ; 1981
10. ศิริวรรณ จันทร์แจ้ง, พัทธพร เกิดมงคล, และทัศนีย์ รวีวรกุล. ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม. วารสารสุขศึกษา, 42(2), 52-62; 2562



การพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสกล อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

Development of operations to prevent and control dengue fever Ban Sok Subdistrict Health Promoting Hospital Khon Sawan District Chaiyaphum Province

(Received: September 20,2023 ; Revised: September 27,2023 ; Accepted: September 28,2023)

วรรณชัย คาดสนิท¹

Wannachai Kadsanit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ศึกษารูปแบบและผลการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสกล อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของไข้เลือดออก จำนวน 128 หลังคาเรือน แบ่งการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตผล และการสะท้อนผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสกล อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งสรุปได้ 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง และจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก 2) การให้ความรู้และสุขภาพศึกษาโรคไข้เลือดออก 3) การสร้างความตระหนักเชิงรุก (บ้านโสกลเอียร์เตอร์) 4) จัดตั้งเวทีสภาภาพพิชิตไข้เลือดออก 5) สร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังลูกน้ำยุงลายและโรคไข้เลือดออก 6) การติดตามเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผล 7) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียน ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และสัดส่วนของจำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย มีค่าน้อยกว่าร้อยละ 10
คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, โรคไข้เลือดออก, การพัฒนา

Abstracts

This research aimed to study the pattern and results of the development of dengue fever prevention and control operations at Ban Sok Subdistrict Health Promoting Hospital. Khon Sawan District Chaiyaphum Province It is action research. Sample size were 128 households living in areas with an outbreak of dengue fever. The research was divided into 4 steps: planning, implementing the plan, observing the results, and reflecting on the results. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed using a Paired sample t-test at a significance level of 0.05.

The research results found that Operational model for the prevention and control of dengue fever at Ban Sok Subdistrict Health Promoting Hospital. Khon Sawan District Chaiyaphum Province, which can be summarized as 7 activities: 1) Participation in setting guidelines and creating an action plan to solve the dengue fever problem. 2) Providing knowledge and health education about

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสกล อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

dengue fever. 3) Creating proactive awareness. (Baan Sok Theater) 4) Establish a coffee forum stage to Conquer dengue fever 5) Create a surveillance network for Aedes mosquito larvae and dengue fever 6) Follow up, visit, strengthen, and evaluate results 7) Exchange knowledge and take lessons As a result, behaviors for prevention and control of dengue fever Before and after development differed at the statistical significance level of 0.05 and the proportion of the number of houses where Aedes mosquito larvae were found. It is less than 10 %

Keywords: Prevention and Control of dengue fever, Dengue fever, Development

บทนำ

โรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่วนใหญ่พบในประเทศเขตร้อนและกึ่งร้อน ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกประมาณ ร้อยละ 75 ของประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภาคพื้นแปซิฟิก จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2565 พบว่า ปีที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยจำนวน 154,396 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 133 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 241.03 และอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.09 และปีที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกน้อยที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 10,032 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 12 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 20.69 และอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.03 ⁽¹⁾ ซึ่งรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกไม่แน่นอน อาจจะระบาดแบบปีเว้นปี หรือ 2 ปี เว้น 1 ปี ขึ้นอยู่กับปัจจัยและสภาพแวดล้อม ในช่วงเวลาดังกล่าว สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกของจังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2561-2565 มีรายงานอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก 21.25, 8.69, 29.41, 109.15 และ 217.79 ตามลำดับ และการระบาดของโรคไข้เลือดออกของอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2561-2565 มีรายงานอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก 5.59, 0.00, 9.32, 11.78 และ 70.86 ตามลำดับ ⁽²⁾ และ

เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2550-2564) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของอำเภอคอนสวรรค์ ปี พ.ศ. 2565 มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐานที่กำหนด (ค่ามัธยฐาน=86.66) โดยอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 25 ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี และมีอัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.12 ซึ่งอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออก ยังสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดให้ อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในประชากรทุกกลุ่มอายุ น้อยกว่า 50 ต่อแสนประชากร ⁽³⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมหลายรูปแบบเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน เช่น การณรงค์ จัดนิทรรศการ ใส่ทรายอะเบทกำจัดลูกน้ำยุงลาย ประกวดหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย โรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มแกนนำชุมชน กลุ่มแกนนำชุมชน บางส่วนเป็นผู้นำครอบครัวและบางส่วนเป็นผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งหากประชาชนกลุ่มนี้เข้ามามีส่วนร่วมในการลดแหล่งการแพร่ระบาดของโรค และจัดสภาพสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ชุมชน ไม่ให้เอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยถ้าประชาชนให้ความร่วมมือในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในบ้านเรือน



ของตนเองอย่างต่อเนื่องจริงจังและสม่ำเสมอตลอดทั้งปี จะทำให้อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง

ด้วยเหตุผลข้างต้นนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์และเหมาะสมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออก ในระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์ไข้เลือดออกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษารูปแบบและผลการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด⁽⁴⁾ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตผล และการสะท้อนผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของไข้เลือดออก จำนวน 128 หลังคาเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ และกำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการในการป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สมาชิกภายในบ้าน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha) = 0.81 การแปลผล โดยกำหนดค่าคะแนนการรับรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินของ Bloom⁽⁵⁾ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้แรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha) = 0.85 การแปลผล โดยกำหนดค่าคะแนนการรับรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินของ Bloom⁽⁵⁾ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบ เพียง 1 คำตอบ คือ ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) ทำเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ทำ (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha) = 0.89 การแปลผล โดยกำหนดค่าคะแนน พฤติกรรมเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินของ Bloom⁽⁵⁾ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 5 แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังดำเนินงาน โดยใช้สถิติ

เชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

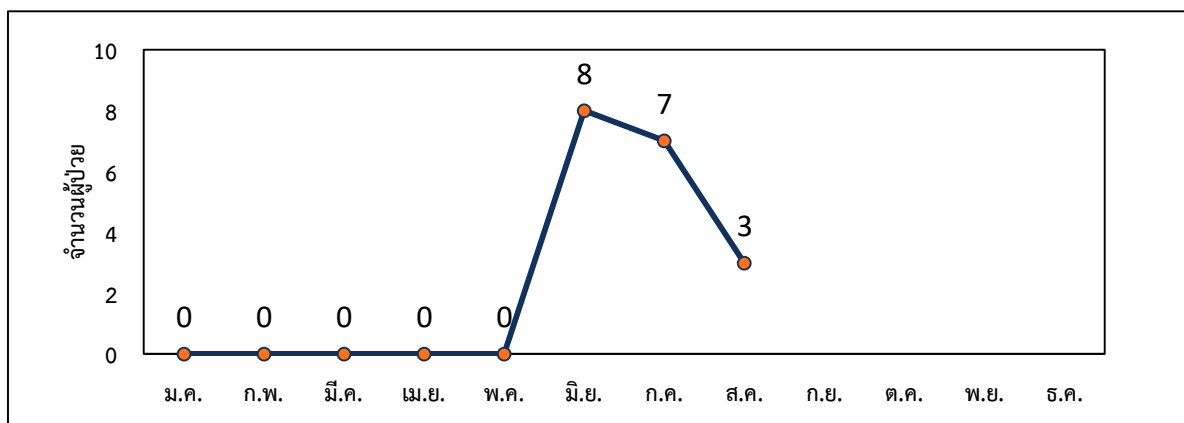
3. เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย โดย สัดส่วนของจำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย ไม่เกินร้อยละ 10

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ ได้หมายเลขรับรอง 19/2566

ผลการวิจัย

รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ตำบลบ้านโสก ตั้งแต่เดือนมกราคม - สิงหาคม 2566 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 18 ราย พบมากในเดือนมิถุนายน จำนวน 8 ราย ดังภาพที่ 1 เมื่อจำแนกเป็นรายหมู่บ้าน พบมากที่สุดที่บ้านหัวหนอง 11 ราย บ้านบัวเพ็ง 3 ราย บ้านโป่งคลอง 2 ราย และบ้านโสก 1 ราย



ภาพที่ 1 แนวโน้มโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่เดือนมกราคม - สิงหาคม 2566

จากสถานการณ์ดังกล่าวมาข้างต้น บ้านหัวหนองตำบลบ้านโสก เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออก จะเห็นได้ว่าในช่วงเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2566 มีอัตราการป่วยที่

สูงขึ้นโดยมีจำนวนผู้ป่วย จำนวน 11 ราย ซึ่งถือได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยการแพร่เชื้อและการกระจายโรค จะเกิดขึ้นได้ทั้งชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน ด้วยเหตุนี้



การควบคุมโรคจะต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากชุมชน โรงเรียน ท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงาน ดังนั้น การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและถือเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกัน กระตุ้นและชักนำให้ประชาชน องค์กรชุมชน ตลอดจนเครือข่ายสุขภาพให้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่องจึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ

รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ แบ่งตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด⁽⁵⁾ ดังนี้

1. ขั้นวางแผน จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยสาเหตุของโรคไข้เลือดออก ด้วยกระบวนการ SWOT Analysis จากนั้นกำหนดแนวทาง และจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

2. ขั้นปฏิบัติการ จากการประชุมร่วมระดมความคิดในขั้นตอนที่ 1 ของกลุ่มขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สามารถสรุปกิจกรรมในการดำเนินงานได้ ดังนี้

1) การอบรมเพื่อให้ความรู้และสุขศึกษาโรคไข้เลือดออก โดยใช้วิธีการบรรยายประกอบสไลด์ (PowerPoints) ซึ่งมีวิทยากรซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและมีประสบการณ์ในเรื่องโรคไข้เลือดออก มาเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้โรคไข้เลือดออก ที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้เห็นถึงระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก สาเหตุของการเกิดโรค

ไข้เลือดออก การแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก อาการและการรักษาของโรคไข้เลือดออก การป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก

2) การสร้างความตระหนักเชิงรุก โดยเน้นการให้สุขศึกษาโรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์ใช้รูปแบบหนังชาย (บ้านโสกเอียร์เตอร์) โดยเป็นการให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออกเป็นรายคุ่มในชุมชนสลับกับการให้ความบันเทิงจากสื่อออนไลน์ เช่น ภาพยนตร์จากยูทูบ เป็นต้น

3) จัดตั้งเวทีสภากาแฟ พิธีไข้เลือดออก เป็นการเชื่อมโยงเครือข่ายกับเครือข่ายทั้งแนวราบและแนวตั้ง ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ประชุมเครือข่ายเพื่อแจ้งสถานการณ์โรคและการจัดทำแผนการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค การแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือปรึกษาหารือในการจัดการโรค ไข้เลือดออก เป็นต้น

4) สร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังลูกน้ำยุงลาย และโรคไข้เลือดออก กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้นำชุมชนจิตอาสา อาสาสมัครในชุมชน ที่สามารถแจ้งข่าวได้อย่างต่อเนื่อง ตามหลักการของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา คือ รู้เร็ว แจ้งข่าวเร็ว และมีการรายงานข้อมูล เฝ้าระวัง และสถานการณ์ลูกน้ำยุงลายและโรคไข้เลือดออก ผ่านทาง Line Group

3. ขั้นการสังเกตการณ์ ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยกลุ่มขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยจะเป็นการลงพื้นที่สำรวจลูกน้ำยุงลาย พร้อมให้คำแนะนำการกำจัดสำหรับบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย และเสริมพลังบ้านที่ไม่มีลูกน้ำยุงลาย

4. ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็น การทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประสบการณ์ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

ผลการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.54 มีอายุ 18-59 ปี มีอายุเฉลี่ยประมาณ 40.73 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 74.42 การศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 44.96 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70.54 มีสมาชิกโรคครัวเรือน เฉลี่ย 4.08 คน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 85.93

การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคไข้เลือดออก ก่อนการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 25.91 คะแนน หลังการพัฒนา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 26.32 คะแนน ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนการพัฒนา 0.403 คะแนน (95% CI = -0.11 - 0.92) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการพัฒนา

การติดตาม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI
หลังการพัฒนา	26.32	2.18	สูง	0.403	1.542	-0.11 – 0.92
ก่อนการพัฒนา	25.91	2.45	สูง			

การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออก ก่อนการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.26 คะแนน หลังการพัฒนา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย

เท่ากับ 25.81 คะแนน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนการพัฒนา 0.55 คะแนน (95% CI = -0.07 – 1.17) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการพัฒนา

การติดตาม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI
หลังการพัฒนา	25.81	2.60	สูง	0.55	1.736	-0.07 – 1.17
ก่อนการพัฒนา	25.26	2.80	สูง			

พฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนการพัฒนาการดำเนินงานป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง



คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.06 คะแนน หลังการพัฒนาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.96 คะแนน ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนา 1.89 คะแนน (95% CI = 0.77 – 3.01) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนา

การติดตาม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI
หลังการพัฒนา	28.96	4.15	สูง	1.89*	3.354	0.77 - 3.01
ก่อนการพัฒนา	27.06	4.91	สูง			

*P-value<0.05

ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ก่อนการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า สัดส่วนของจำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลายเท่ากับ ร้อยละ 21.88 หลังการพัฒนา สัปดาห์ที่ 4-8

พบว่า สัดส่วนของจำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลายเท่ากับ ร้อยละ 4.69, 3.91, 2.34, 2.34 และ 4.69 ซึ่งน้อยกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่เกินร้อยละ 10 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ก่อนการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ระยะเวลา	สำรวจ (หลังคาเรือน)	พบลูกน้ำ (หลังคาเรือน)	ร้อยละ
สัปดาห์ที่ 1 ก่อนการพัฒนา	128	28	21.88
สัปดาห์ที่ 4 หลังการพัฒนา	128	6	4.69
สัปดาห์ที่ 5 หลังการพัฒนา	128	5	3.91
สัปดาห์ที่ 6 หลังการพัฒนา	128	3	2.34
สัปดาห์ที่ 7 หลังการพัฒนา	128	3	2.34
สัปดาห์ที่ 8 หลังการพัฒนา	128	6	4.69

สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงต่อโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า ปัจจุบันข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีการเผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ มากมาย เช่น หอกระจายข่าว วิทยุโทรทัศน์ โดยเฉพาะทางโซเชียลมีเดียจากอินเทอร์เน็ตหรือแม้กระทั่ง การสื่อสารผ่านตัวบุคคล เช่น อสม. ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูล

ข่าวสารโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 85.93 จึงทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง และไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเพื่อให้ความรู้และศึกษา

โรคไข้เลือดออก ที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้เห็นถึง ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก สาเหตุของการ เกิดโรคไข้เลือดออก การแพร่กระจายของโรค ไข้เลือดออก อาการและการรักษาของโรค ไข้เลือดออก การป้องกันและการควบคุมโรค ไข้เลือดออก นอกจากนี้มีการสร้างความตระหนักโดย เน้นการให้สุศึกษาโรคไข้เลือดออกเชิงรุก โดย ประยุกต์ใช้รูปแบบ หนังสือ (บ้านโสภะเกียรติเตอร์) ส่งผลให้ประชาชนเกิดความตระหนักว่าโรค ไข้เลือดออกเป็นปัญหาใกล้ตัว และตระหนักในความ รุนแรงของโรคที่มีต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน จึง มีความรับผิดชอบที่จะควบคุมลูกน้ำยุงลายใน ครวเรือนของตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock⁽⁶⁾ ซึ่งกล่าว ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า กระบวนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่ง เป็นการกระตุ้นเตือนครัวเรือน ให้ควบคุมลูกน้ำ ยุงลายในครัวเรือน ผ่านช่องทางต่าง ๆ ส่งผลเกิด พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในทางที่ดี สอดคล้องผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่า หลัง การพัฒนา สัปดาห์ที่ 4-8 สัดส่วนของจำนวนบ้านที่ พบลูกน้ำยุงลาย มีค่าน้อยกว่าร้อยละ 10 และ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้โรงเรียน เป็นฐานกรณี 5 โรงเรียนนาร่อง จังหวัด นครศรีธรรมราช⁽⁷⁾ พบว่าการแก้ปัญหาโรค ไข้เลือดออกของโรงเรียนมีการรับรู้ปัญหาและแนว ทางแก้ไขที่แตกต่างกันตามบริบทของโรงเรียน เช่น การสอนโรคไข้เลือดออกนักเรียนแกนนำ โดยให้ นักเรียนได้เรียนรู้ผ่านสื่อ VDO และการถามตอบ และให้นักเรียน เสนอแนวการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออก จากนักเรียนครู อสม. เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ร่วมกันระดมสมองจัดตั้งชุมชน "ปราบ ยุงลาย วายร้ายไข้เลือดออก" และกิจกรรมรณรงค์ สำรองลูกน้ำยุงลายในชุมชนร่วมกับ อสม. ทุก 7 วัน เป็นต้น คณะแผนเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ของนักเรียน ผู้ดูแลก่อนและหลังใช้รูปแบบต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ดัชนีลูกน้ำ ยุงลายโรงเรียนหลังดำเนินการพบน้อยกว่าก่อน ดำเนินการ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยความสำเร็จใน การพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกตำบลบ้านโสภะ เกิดจากกระบวนการมี ส่วนร่วมของกลุ่มขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีการประชุม ร่วมระดมความคิดทั้งที่ทั้งเป็นทางการและไม่เป็น ทางการ ในการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัย สาเหตุของโรคไข้เลือดออกจึงเกิดเป็นรูปแบบการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสภะ อำเภอ คอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งสรุปได้ 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง และ จัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรค ไข้เลือดออก 2) การให้ความรู้และสุศึกษาโรค ไข้เลือดออก 3) การสร้างความตระหนักเชิงรุก (บ้าน โสภะเกียรติเตอร์) 4) จัดตั้งเวทีสภาภาพพิชิต ไข้เลือดออก 5) สร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังลูกน้ำ ยุงลายและโรคไข้เลือดออก 6) การติดตามเยี่ยมเสริม พลังและประเมินผล 7) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ถอดบทเรียน สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อำเภอเมืองจันทร์ ปี 2563⁽⁸⁾ พบว่า หลังการทดลอง อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง และค่าเฉลี่ยดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($P<0.05$) ซึ่งปัจจัยความสำเร็จในการ ดำเนินงานเกิดจาก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้ามามีส่วน



ร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนของกิจกรรม และมี
การแบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกันทุกระดับ

ข้อเสนอแนะ

1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก
ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกจาก
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นจึงควรมี
การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านในด้านการสื่อสารความเสี่ยงโรคไข้เลือดออก

2. ควรมีการแบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน
ทุกระดับโดยการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออกผ่านคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/ตำบล
(พชต.)

3. ควรมีการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สรุปสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี พ.ศ. 2548 – 2565 ประเทศไทย:
สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [10 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก:
<http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=262766>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. รายงานเฝ้าระวังโรค 506 ปี 2561-2565. ชัยภูมิ:
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิอัดสำเนา; 2565.
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิทยากรระดับจังหวัดเรื่องโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพมหานคร: เอ.พี. กราฟิค ดีไซน์
และการพิมพ์; 2565.
4. Kemmis, & Wilkinson, M. Participatory action research and the study of practice. In B. Atweh;
1990.
5. Bloom, B.S., Hastings, T. J., Madaus, G. F. Hand Book on Formative and Summative. Evaluation
of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971
6. Rosenstock. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health education
Monographs winter. 1974; 2(4): 354-386
7. จันทร์จรรย์ ถือทอง และ อิศารัตน์ เอกศิรินิมิต. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้
โรงเรียนเป็นฐานกรณี 5 โรงเรียนนำร่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7
จังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [10 กันยายน 2566]; 26(2):48-59. เข้าถึงได้จาก:
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/212927/147887>
8. จิระวัตร วิเศษสังข์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมือง
จันทร์ ปี 2563. วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [10 กันยายน
2566]; 7(1):86-96. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/511/235>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง

The Effects of a Health Literacy Enhancement Program in Preventive Health Behavior of Personnel at Risk group

(Received: September 22,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

ธนพร บึงมูม¹¹ สงกรานต์ กลั่นด้วง²

Thanaporn Buengmum¹ Songkran Klanduang²

บทคัดย่อ

วิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลขอนแก่น อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 33 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2 ส. ของคนไทยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไปของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 78 กลุ่มอายุ 35-45 ปี ร้อยละ 68 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 56 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, โรคเบาหวาน, กลุ่มเสี่ยง

Abstract

The purpose of a quasi-experimental study with one group pre-test and post-test design. Aimed to studied effects of a Health Literacy Enhancement Program in Preventive Diabetes Mellitus and Hypertension of Personnel at Risk group in Khon Kaen Hospital. A sample of 33 was recruited according to the study's criteria. 35+ years. The researcher applied from the health knowledge measurement form according to the 3E 2S principles of Thai people at risk of diabetes/hypertension of Thai people aged 15 years and over from the Health Education Division. Department of Health Service Support Ministry of Public Health 2015. Data were analyzed using descriptive statistics. and inferential statistics using Paired t-test statistics.

The findings of this study revealed that most participants were female(78%), the ages group were 35-45 years(68%) and graduated in Bachelor's degree educational level (72%). The results revealed that after receiving the program, the sample had average scores of Health Literacy

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ1,2. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ2

and behavior higher than that before the program with statistical significance ($p < .01$). The sample had average scores of upper and lower blood pressure and fasting blood sugar lower than that before the program with statistical significance ($p < .05$). Suggestions: Should apply Health literacy for behavior modification to prevent other chronic diseases

Keyword: Health Literacy, Diabetes Mellitus, Risk group

บทนำ

จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี 2560 พบว่าประชาชนวัยทำงานของประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 6.8, 7.4 และ 7.4 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.3, 10 และ 9.8 โรคเบาหวาน ร้อยละ 2.9, 3.1 และ 2.7 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.0, 2.1 และ 2.0 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งการป้องกันหรือลดโรค NCDs เหล่านี้จำเป็นต้องจัดการแก้ไขสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักคือ พฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และจากการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2561-2563 พบว่า มีบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 32.67, 43.37 และ 41.03 ตามลำดับ กลุ่มป่วยร้อยละ 11.32, 13.28 และ 17.75 ตามลำดับ จากข้อมูลนี้ทำให้ทราบว่า บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีโอกาสเป็นกลุ่มป่วย และยังพบว่า กลุ่มป่วยโดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะอยู่ในอันดับ 1-10 มาอย่างต่อเนื่อง การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2564 พบว่า มีพฤติกรรมการกินผลไม้รสหวานจัด ขนมหวานใส่น้ำเชื่อม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เช่น กาแฟเย็น ชาไข่มุก ร้อยละ 85.92, 77.46, และ 77.46 ตามลำดับ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง

และการป้องกันโรคมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (การมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง จะส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวมของประเทศ ส่งผลให้ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นความสามารถของบุคคลที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ วิเคราะห์เนื้อหาสาระ และเลือกนำข้อมูลไปใช้ได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนทำให้ดูแลตนเองได้และลดความต้องการด้านบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นได้ (DeWalt et al., 2004, NAAL, 2003 และ Baker et al., 2007)

จากการสำรวจความรอบรู้ปี 2562 พบว่าคนไทยร้อยละ 19.09 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะมีส่วนร่วมหรือใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสุขภาพในบริบทการบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ การส่งเสริมให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอหรือสามารถมีส่วนร่วมและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและความรู้ สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 คนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15 - 24 ปี 3.71 เท่า (วิมล โรมา และคณะ. 2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน

กรุงเทพมหานครพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง(จกกลณี ชื่นอาสา, รักชนก คชไกร และกิริดา ไกรนุวัตร(2563) จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุขพบว่า อยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 45.58 รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาร้อยละ 35.78 อยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 9.78 และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีปัญหา ประเวศ ชุ่มเกสรกุลกิจ และคณะ.(2563) บุคลากรเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพ ที่จะต้องสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงพร้อมให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแบบอย่างที่ดีกับประชาชน ดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง จะทำให้บุคลากร มีความรู้ความเข้าใจข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการและนำไปใช้เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง นอกจากจะลดอัตราการเกิดรายใหม่แล้ว ยังส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาโรค รวมทั้งการขยายผลให้ครอบคลุม และการป้องกันการเกิดโรคอื่นๆด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบOne-Group

Pretest-Posttest Design ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbean (2008) และแนวคิด 3อ. 2ส. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรเป็นกลุ่มบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่นที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานในระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีปัญหาการเจ็บป่วยใดๆและไม่มีสภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม 3) สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย 4) มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนที่สามารถสื่อสารทางไลน์ได้ 5) สามารถเข้าร่วมโครงการจนกว่าจะสิ้นสุดกิจกรรมได้

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ =.05 ค่าอำนาจการทดสอบ =.80 และค่า Effect Size =0.18 โดยประมาณการจากงานวิจัยของ Arahung et al. (2018) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน

การศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีการสูญหายจากการติดตามกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (Drop out)จึงมีการปรับขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหายร้อยละ 10 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการโดยไม่ตัดผู้ที่สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ ตามสูตรที่คำนวณ (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2551) ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

สูตรที่ใช้คำนวณ

$$n_{adj} = 32.10 = 33 \text{ คน}$$

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 33 คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. โปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้าน
สุขภาพผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและประยุกต์มาจากงานวิจัยของ
วิไล พรหมบุตร, สมบูรณ์ พันธุ์บุตร, กิ่งทอง หวางค์
และพิทักษ์ สิงห์บัวบาน, 2563 โปรแกรมการ
พัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพมีระยะเวลา 12
สัปดาห์ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1)

- ประชุมชี้แจงขั้นตอน วัตถุประสงค์ และการ
พิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมโปรแกรมการยินยอมเข้า
ร่วมโปรแกรม ตอบแบบสอบถามแบบวัดความรู้ด้าน
สุขภาพตามหลัก 3อ. 2 ส. ของคนไทยกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของคนไทยที่มีอายุ
15 ปีขึ้นไปก่อนการทดลอง

- ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต เจาะเลือดที่
ปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

- อบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การ
สร้างสัมพันธภาพ บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ
โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง อาหารและฝึกทักษะ
นับคาร์บ การออกกำลังกาย

- การตั้งเป้าหมายรายบุคคล การเข้ากลุ่มไลน์
เพื่อสื่อสารข้อมูล คำแนะนำการปฏิบัติตัวและการ
ติดตาม

- การใช้สื่อรูปแบบต่าง ได้แก่ info graphic
แผ่นพับ พร้อมแอปพลิเคชันต่าง ได้แก่ Line group

- การตั้งเป้าหมายรายบุคคล ตามหลักการ
เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสามารถเข้าถึง
ข้อมูลสร้างความเข้าใจ ได้ตอบซักถามได้ เกิดความ
ตระหนัก เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติให้เกิด
การปรับเปลี่ยนสุขภาพ และสามารถสื่อสารบอกต่อ

ได้ พร้อมการติดตามโดยมีแอปพลิเคชัน Line group
ช่วยในกระบวนการขั้นตอนต่างๆ

- การนัดหมายในการประชุมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2-11 (ครั้งที่ 2)

ติดตามความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรม
การป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตาม
หลักการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เข้าถึง
เข้าใจ ได้ตอบซักถาม ทบทวนและตัดสินใจปฏิบัติ
และสื่อสารบอกต่อ) ในประเด็นการรับประทานอาหาร
การออกกำลังกาย และการจัดการ
ความเครียด โดยมีแอปพลิเคชัน Line group ช่วย
ในกระบวนการขั้นตอนต่างๆ

สัปดาห์ที่ 12 (ครั้งที่ 3)

- ประเมินซ้ำ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต
เจาะเลือดที่ปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
(FBS) ทดสอบทักษะนับคาร์บ

- ทบทวนข้อมูลเรื่องเบาหวาน ความดัน
โลหิตสูง อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ
ความเครียดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล
สุขภาพ

- มอบรางวัล แสดงความยินดีชื่นชม กับผู้ที่
มีระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตลดลง

- ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

- ปิดกลุ่ม

2. แบบสอบถาม ประยุกต์มาจากแบบวัด
ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของคนไทย
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของคนไทย
ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของกองสุขภาพการอนามัย
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2558
ด้านความรู้มีค่าความเชื่อมั่น KR-20=0.71 การเข้าถึง
ข้อมูล, การสื่อสารเพื่อ, การรู้เท่าทันสื่อและ
สารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ และการ
ปฏิบัติตัวมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's
Alpha=0.81

3). เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ชื่อ รุ่น On Call Advanced เป็นเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วชนิดพกพา ที่ได้ดำเนินการสอบเทียบเครื่องมือที่มีมาตรฐานจากโรงพยาบาลทุกปี

4). เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัลที่ได้ดำเนินการสอบเทียบเครื่องมือที่มีมาตรฐานจากโรงพยาบาลทุกปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และเปรียบเทียบก่อนและหลังการวิจัยใช้ สถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น หมายเลขสำคัญประจำโครงการวิจัย เลขที่ KEF65030

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 35-45 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 75.76 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 46 -55 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.18 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67

ด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านความรอบด้านสุขภาพโดยรวมและการปฏิบัติตัว พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง(n=33)

รายละเอียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}_{diff}$	SD _{diff}	p-value	95 %CI
1.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง	6.54	1.66	7.09	1.55	0.55	1.37	0.03*	0.06-1.03
2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	11.09	2.27	12.67	2.48	1.58	1.85	0.00*	0.92-2.23
3.การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	11.94	2.12	13.09	2.32	1.15	2.32	0.01*	0.33-1.97
4.การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	10.88	3.44	12.97	2.86	2.09	2.87	0.00*	1.07-3.11
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	12.55	3.39	14.76	2.96	2.21	3.15	0.00*	1.10-3.33
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	13.91	2.65	15.88	2.26	1.97	2.33	0.00*	1.14-2.80
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	66.91	8.85	76.67	7.88	8.76	5.9	0.00*	6.66-10.85
การปฏิบัติตัว	14.82	3.65	18.79	2.10	3.97	3.11	0.00*	2.87-5.07

Pair t test < 0.05*

ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต
พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระดับความดันโลหิตตัวบนและระดับความดันโลหิตตัวล่าง หลังการ

ทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่างก่อนและหลังการทดลอง(n=33)

รายละเอียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}_{diff}$	SD_{diff}	p-value	95 %CI
ระดับน้ำตาลในเลือด	109.39	28.09	97.82	8.64	11.58	30.48	0.04*	0.76-22.39
ความดันโลหิต								
ความดันโลหิตตัวบน	127.39	18.66	119.61	10.40	7.79	16.15	0.01*	2.06-13.51
ความดันโลหิตตัวล่าง	81.94	9.41	78.91	9.13	3.03	8.12	0.04*	0.15-5.91

Pair t test $p < 0.05^*$

สรุปและอภิปรายผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ส่วนใหญ่ก่อนการทดลอง ร้อยละ 54.54 อยู่ในระดับไม่ดี คือ เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. และหลังการทดลองส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอใช้ คือ เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง ร้อยละ 51.51 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร สมมั่ง (2563) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในข้าราชการกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลพบุรีพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา สระทองพร้อมและสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์(2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล พรหมบุตร , สมบูรณ์ พันธุ์บุตร, กิ่งทอง หวางค์พิทักษ์ สิงห์บัวบาน(2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความ

รอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลดงบัง อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบนและระดับความดันโลหิตตัวล่าง น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร สมมั่ง (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในข้าราชการกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลพบุรี พบว่า ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับศึกษาของพัชรารวรรณ จันทร์เพชร, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ และฉัตรลดา ดีพร้อม (2563) ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดผลการวิจัยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชามณูช ภูเจริญ, ณิชกมล เปียอยู่ และกรฐณัช ปัญญาใส(2560) ได้ศึกษาการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ย

ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ข้อที่ 2. พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และข้อที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตตัวบน ตัวล่างมีค่าลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง รวมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์ผ่านระบบไลน์กลุ่ม เกิดการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัย เจริญจิตต์ (2561) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลบ้านโป่งผลการวิจัยพบว่า การติดตามกระตุ้นเสริมแรงจูงใจผู้ป่วยด้วยวิธีการโทรศัพท์ เป็นวิธีที่กลุ่มเป้าหมายพึงพอใจสูง เหมาะสมในการนำไปขยายผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆต่อไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในรูปแบบการติดตามทางโทรศัพท์ผ่านไลน์กลุ่ม เพราะสามารถสอบถามปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับพฤติกรรม การส่งข้อมูลทางวิชาการ และการนัดหมาย การมาตามนัดได้

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสนใจ ตั้งใจเรียนรู้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ส่งต่อให้กับครอบครัว เพื่อน และชุมชนได้อย่างถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างกล้าเปิดใจยอมรับ ปรับเปลี่ยน ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติได้ รวมทั้ง เสริมองค์ความรู้ในส่วนที่ขาดได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการและโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และมีการติดตามการส่งข้อมูล การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านระบบไลน์กลุ่ม สามารถตอบโจทยที่เข้ากับยุคสมัยที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว ลดการเดินทางได้อย่างเหมาะสมและมีความพึงพอใจ แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองไม่ถูกต้อง จึงจำเป็นต้องเน้นย้ำการปฏิบัติตัวให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับบุคลากรให้ครอบคลุมและขยายผลในพื้นที่รับผิดชอบ เพิ่มรูปแบบการสื่อสารทั้งแบบทางการ และไม่ทางการ ร่วมกับการโน้มน้าว การจูงใจใช้โค้ชด้านสุขภาพ(Health Coaching) และการติดตามผ่านระบบไลน์ รวมทั้งการขยายผลการดำเนินงานในการลดความเสี่ยงจากโรคอ้วนในกลุ่มเยาวชน หรือวัยแรงงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงสามารถดำเนินงานให้เสร็จลุล่วงด้วยดี เกิดจากการสนับสนุนหลากหลายหน่วยงานในองค์กร นับตั้งแต่กรรมการบริหารที่ผลักดันให้เป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนการ



ดำเนินงาน พร้อมกำหนดเป็นตัวชี้วัดขององค์กร
ผู้รับผิดชอบงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน
กลุ่มเป้าหมายได้เห็นความสำคัญ และมีส่วนร่วมใน

กิจกรรม ตลอดจนข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมใน
ครั้งต่อไป จึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs),สำนักพิมพ์อักษร กราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์. นนทบุรี. 2561.
2. DeWalt et al. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. Journal of General Internal Medicine. 19(12),1228-39. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x
3. Baker, W. et al. (2007). Health Literacy and Mortality among Elderly Persons. Arch Intern Med, 167(14), 1503- 1509.
4. วิมล โรมา และคณะ. (2562). รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟินนี่ แพบลิชิ่ง จำกัด
5. ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจและคณะ. (2563). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2563. กรุงเทพมหานคร : พุ่มทอง.
6. Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072-2078.
7. จงกลณี ชันอาสา, รักชนก คชไกรและกิริดา ไกรนุวัตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน ในชุมชน กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 23(3).109-120.
8. อรุณ จิรวรรณกุล.(2551) ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 3 หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. ขอนแก่น.2551.
9. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2558). แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง. (<https://drive.google.com/file/d/1Muzk4jo-zZfsBevBSanpofPydRtScBp/view>) เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2565
10. กชกร สมมิ่ง.(2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในข้าราชการกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 29 (2) ก.ค. – ธ.ค. 2563
11. ขนิษฐา สระทองพร้อมและสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์.(2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน หนองรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน.2564: 3(1) 38-49
12. วิไล พรหมบุตร ,สมบุญ พันธุ์บุตร,กิ่งทอง หาวงศ์และพิทักษ์ สิงห์บัวบาน,2563 เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลดงบัง อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ
http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/3p13.pdf เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2565

13. พัชรารวรรณ จันทรเพชร, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณและนัตริลดา ดีพร้อม.(2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 27(1) 52-62.
14. พิชามญช์ ภูเจริญ, นิคมล เปี้ยอยู่และกรรณรัช ปัญญาใส.(2560) การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 28(1) 51-62.
15. อุทัย เจริญจิตต์.(2561). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง.วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 3(2) 58-72



ผลกระทบของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 สู่การปรับตัวชุมชนวิถีใหม่ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

The Effects of the Epidemic of the Corona Virus-2019 : Toward the New-Normal Community in Mabo Subdistrict, Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province

(Received: September 27,2023 ; Revised: September 29,2023 ; Accepted: September 30,2023)

สุทิพงษ์ ภารพันธ์¹

Sutipong Parapun

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบและการปรับตัวสู่ชุมชนวิถีใหม่ของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ตำบลลานสะแก อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป จำนวน 333 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม และสัมภาษณ์ตัวแทนในพื้นที่จำนวน 11 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชน ได้แก่ 1) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจส่งผลให้ประชาชนมีรายได้ลดน้อยลง 2) ผลกระทบด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต พบว่ามีความวิตกกังวล 3) ผลกระทบด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีการรวมกลุ่มกันน้อยลง สิ่งแวดล้อมได้รับการรบกวนจากมนุษย์น้อยลง 4) ผลกระทบด้านการรับรู้ข่าวสารและการใช้เทคโนโลยี ประชาชนให้ความสนใจข่าวสารและเกิดการเรียนรู้ในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารมากขึ้น และ 5) ผลกระทบด้านการศึกษาส่วนใหญ่ปรับเป็นการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ทำให้ผู้ปกครองมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของการปรับตัวสู่ชุมชนวิถีใหม่ พบว่า 1) ด้านเศรษฐกิจ ประชาชนปรับตัวโดยการหารายได้เสริม และลดรายจ่าย 2) ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของทางราชการและระมัดระวังในการอยู่ร่วมกันมากขึ้น 3) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม การรวมกลุ่มกันลดน้อยลง อยู่บ้านพักอาศัยมากขึ้นและหันมาใช้จ่ายระบบออนไลน์มากขึ้น 4) ด้านเทคโนโลยี ส่วนใหญ่ปรับตัวมาใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันมากขึ้น และ 5) ด้านการศึกษามีการปรับมาใช้ระบบออนไลน์

คำสำคัญ: การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา, ผลกระทบของประชาชน, การปรับตัว, ชุมชนวิถีใหม่

Abstract

This research was survey research aimed to studied the impacts and adaptation to new way of life of the people in the situation of COVID-19 spreading in the area of Ban Ma Bo sub-district health promoting hospital at Phayakkhaphumphisai district, Mahasarakham province. Participants were 333 people selected by stratified random sampling. Quantitative data were collected by questionnaires and analyzed by frequency and percentage, while qualitative data were collected by in-depth interviews with 11 key informants and analyzed by content analysis.

The results revealed that the impacts of the COVID-19 epidemic on people's lives included: 1) the economic impact linking to reduced income of people; 2) the physical and mental health impacts illustrating as anxious; 3) the social and environmental Impacts relating to less grouped together and less disturbing the environment from humans; 4) the information perception and the use of technology impacts showing paying more attention to news and learning to use more communication technology of people; and 5) the education impact linking to adjusting learning to be online and causing more expenditure of parents.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป, อำเภอพยัคฆภูมิพิสัยจังหวัดมหาสารคาม, E-mail para_pun@hotmail.com

Regarding adjusting the ways of people's lives as new normal community, it was found that: 1) the economy aspect, people adjusted themselves by earning more extra income and reducing expenditures; 2) the physical and mental health aspects, most people followed the government regulations and be aware of themselves in grouping together; 3) the social and environmental aspects, people were less gathering together, more stayed at home, and more shopping and paying online; 4) the technology aspect, most people adapted themselves to use more communication technology via applications; and 5) the education aspect, there has been an adaptation to online learning.

Keywords: coronavirus epidemic, public impact, adaptation, new normal community

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่เกิดขึ้นจากประเทศจีนได้แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ได้ส่งผลกระทบทำให้ประชาชนขาดแคลนรายได้เนื่องจากการจ้างงานลดลง ในขณะเดียวกันอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้น หนี้ที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ในส่วนของเศรษฐกิจในครึ่งปีหลังยังไม่มีแนวโน้มฟื้นตัวอย่างชัดเจน ส่งผลกระทบต่อธุรกิจภาพรวมต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก ถึงแม้จะมีมาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้ออย่างรัดกุมแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโรคอยู่ การดำรงชีวิตของประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัล¹ หากประชาชนมีการตั้งรับกับสถานการณ์หรือเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงก็จะสามารถดำรงอยู่ในวิถีชีวิตใหม่ได้ ทั้งนี้การปรับตัวของประเทศสามารถปรับตัวในวิถีใหม่ ซึ่งอาจยังไม่สะท้อนความเป็นจริงของประเทศการเข้าปศศึกษา การปรับเปลี่ยนการใช้วิถีชีวิตใหม่ในระดับชุมชน จึงจะสามารถสะท้อนการดำรงอยู่ของประชาชน ในสถานการณ์ปัจจุบันได้บทบาทหน้าที่หน่วยงานราชการที่ทำหน้าที่ในการดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจะต้องให้ความสำคัญในการดำเนินงานดังกล่าวในการสร้างความรู้จากสถานการณ์จริงในพื้นที่จริง ทั้งนี้บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล มีดังนี้คือ 1. มุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อสร้างสุขภาพ

เป็นหลัก และ จัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุปัญหาสุขภาพ 2. บริการอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดย มีการปรึกษาทีมแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยง หากมีกรณีฉุกเฉินให้มีระบบแพทย์ฉุกเฉิน ออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ และ 3. เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพระดับอื่นในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เพราะทิศทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เน้นสร้างสุขภาพมากกว่า การซ่อมต้องเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรม การเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลถูกกำหนดให้มีภาระหน้าที่ที่สำคัญ 5 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะป้อ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก มีประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ จำนวน 2,068 คน 11 หมู่บ้าน 844 หลังคาเรือน จำนวนโรงเรียน 1 แห่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนมีภารกิจหลักในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนตามภาระหน้าที่สำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน ความเจริญก้าวหน้าอย่างมั่นคงและยั่งยืนของปวงชน จากสถานการณ์การ

ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป๊ะ มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 450 ราย และเสียชีวิตแล้ว 2 ราย จากการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ก่อให้เกิดความกังวลกับประชาชนในพื้นที่ ทั้งความกังวลจากการติดเชื้อและความกังวลจากผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่จะตามมา จากจำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากขึ้นและกระจายไปหลายพื้นที่ แต่ด้านมาตรการจำกัดการระบาดกลับมีความเข้มงวดน้อยกว่าทั้งในแง่จำนวนมาตรการและขนาดของพื้นที่ควบคุม ประชาชนจึงจำเป็นต้องมีความรู้และมีพฤติกรรมป้องกันตนเองและคนในครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 แต่หากประชาชนในชุมชนขาดความรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงไม่ได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึงจะส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ จนทำให้การแพร่ระบาดขยายตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสร้างความวิตกกังวลและตระหนกหวาดกลัวต่อประชาชนเป็นอย่างมาก

ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป๊ะ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน จึงได้ดำเนินการสำรวจและสร้างสื่อเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในมาตรการเฝ้าระวัง การตระหนักรู้และการปรับตัวของชุมชนในวิถีใหม่ในช่วงสถานการณ์และหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เพื่อศึกษาผลกระทบและการปรับตัวสู่ชุมชนวิถีใหม่ของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป๊ะ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะ และหาแนวทางการวางมาตรการป้องกันร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบของประชาชนใน

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป๊ะ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาการปรับตัวสู่ชุมชนวิถีใหม่ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป๊ะ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป๊ะ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินงานระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากร ได้แก่ ประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป๊ะ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2,068 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของยามานะ⁴ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 333 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่เป็นรายหมู่บ้านแล้วสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านตามสัดส่วน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 11 คน คือ ตัวแทนจากอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน ผู้นำชุมชน

จำนวน 2 คน นักวิชาการเกษตร จำนวน 1 คน
ผู้บริหารโรงเรียน จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. แบบสอบถามการปรับตัวของสมาชิกในครัวเรือนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 สู่การปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสร้างเครื่องมือใช้ในการวิจัย สร้างแบบสอบถามการปรับตัวของสมาชิกในครัวเรือนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 สู่การปรับตัวของชุมชนวิถีใหม่ มีทั้งข้อคำถามปลายเปิดและข้อคำถามปลายปิด ประกอบด้วย ข้อมูลครัวเรือน ผลกระทบที่ครัวเรือนได้รับการปรับตัวของสมาชิกในครัวเรือนจากสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 สรุปผลกระทบและความสามารถปรับตัวสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 และแนวปฏิบัติชีวิตวิถีใหม่ของครัวเรือน ตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสารงานวิจัย และผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา และตรวจสอบความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC = 1 และนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับประชาชนทั่วไป จำนวน 30 คน หาค่า try out ได้ค่า 0.94

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. แบบการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) สร้างจากการศึกษาค้นคว้าทบทวนข้อมูล เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีประเด็นในการสัมภาษณ์ ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 ผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ต่อชุมชน และส่วนที่ 3 การปรับตัวของคนในชุมชนต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ส่วนที่ 4 ชุมชนวิถีใหม่และการดำเนินการเพื่อให้ครอบครัว

ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถปรับตัวได้

การสร้าง ตรวจสอบและทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพได้ดำเนินการเริ่มจากศึกษาวัตถุประสงค์การวิจัย เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาประมวลผลเพื่อกำหนดขอบเขตประเด็นที่ต้องการถาม สร้างแบบสัมภาษณ์ตามขอบเขตเนื้อหาและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ (consistency) แล้วทำการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รวบรวมข้อมูลจริง จำนวน 3 คน เพื่อความถูกต้องของการใช้ภาษาและความเข้าใจข้อคำถามของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ออกสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะป้อม อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากภาคสนามมาตรวจแยกความถูกต้องและครบถ้วน แล้วแยกประเภทข้อมูลตามหน่วยของการวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะป้อม อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์จะดำเนินการอยู่บนหลักการรักษาสีห์ของผู้ให้ข้อมูลด้วยการป้องกันและเก็บรักษาข้อมูลที่คาดว่าจะก่อให้เกิดความเสียหายเป็นความลับ และได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์เพื่อรักษาเวลาในการบันทึกข้อมูล และมีการตรวจสอบแหล่งข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำและมีความน่าเชื่อถือโดยพิจารณาจากแหล่งข้อมูลบุคคลที่ต่างกัน



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณ นำแบบสอบถามที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างในภาคสนามมาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนในเบื้องต้นตามที่กำหนดไว้ในการจัดทำสมุทธวิธีที่ตัวแปรจัดทำโครงสร้างฐานข้อมูลและนำข้อมูลที่ตรวจสอบแล้วเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยค่าสถิติที่เหมาะสมตามลักษณะ ต่าง ๆ ของข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อให้ทราบถึงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) เป็นต้น

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การจัดทำข้อมูลและตรวจสอบข้อมูล ดำเนินการจัดกลุ่มข้อมูลโดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจัดเป็นระเบียบ เรียบเรียงข้อมูลและจัดลำดับตาม

เนื้อหาที่ต้องการ แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าซึ่งคุณภาพ (Triangulation) คือการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ด้านทฤษฎี และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytical induction) ตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากสิ่งที่เป็นรูปธรรม และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เป็นการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงบรรยายโดยการประมวลข้อสรุปที่ได้ในพื้นที่ทำการวิจัย และสรุปผลออกมาโดยวิเคราะห์ความเป็นเอกพันธ์และฉันทามติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลกระทบของประชาชนใน

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะป้อ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า

ด้านที่ 1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ตารางที่ 1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะป้อ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	เพิ่มขึ้น		ลดลง		ไม่มีผลกระทบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. รายได้	15	4.50	225	67.57	93	27.93
2. การใช้จ่ายใช้สอย	194	58.26	58	17.42	81	24.32
3. ภาระหนี้สินในระบบ	92	27.63	46	13.81	195	58.56
4. ภาระหนี้สินนอกระบบ	52	15.62	36	10.81	245	73.57
5. เงินออม	19	5.71	143	42.94	171	51.35

จากตารางที่ 1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจพบว่า ส่วนใหญ่รายได้ลดลงร้อยละ 67.57 ค่าใช้จ่ายในการ ใช้จ่ายใช้สอยเพื่อการอุปโภคบริโภคสินค้าต่างๆเพิ่มขึ้นร้อยละ 58.26 ภาระหนี้สินทั้งในระบบและนอกระบบไม่มีผลกระทบ

ร้อยละ 58.56 และ 73.57 เงินออมส่วนใหญ่ลดลงร้อยละ 42.94

ด้านที่ 2 ผลกระทบด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ตารางที่ 2 ผลกระทบด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะป้อม อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ผลกระทบทางสุขภาพ	เพิ่มขึ้น		ลดลง		ไม่มีผลกระทบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สมาชิกในครัวเรือนของท่านมีการป้องกันการติดเชื้อและดูแลสุขภาพ	298	89.49	7	2.10	28	8.41
2. ผลกระทบทำให้สมาชิกในครัวเรือนของท่านมีความเครียด/วิตกกังวล	257	77.18	13	3.90	63	18.92

จากตารางที่ 2 ผลกระทบด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต พบว่าการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 ทำให้สมาชิกในครัวเรือนมีการป้องกันการติดเชื้อและดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.49 มีการป้องกันการติดเชื้อ และดูแลสุขภาพลดลงเล็กน้อยเพียงร้อยละ 2.10 ไม่มีผลกระทบร้อยละ 8.41 และการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโค

วิด -19 ก่อให้เกิดผลกระทบทำให้สมาชิกในครัวเรือนมีความเครียด/วิตกกังวลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 77.18 ลดลง ร้อยละ 3.90 ไม่มีผลกระทบร้อยละ 18.92

ด้านที่ 3 ผลกระทบด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 3 ผลกระทบด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะป้อม อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ผลกระทบทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	บ่อยครั้ง		มีบางครั้ง		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว	1	0.30	47	14.11	285	85.59
2. ความรุนแรงในครอบครัว	0	0.00	15	4.50	318	95.50
3. การถูกล้อเลียน/ทำให้อับอาย/ถูกรังเกียจจากผู้อื่น	0	0.00	18	5.41	315	94.59
4. วิตกกังวลในความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	4	1.20	123	36.94	206	61.86
5. วิตกกังวลในการไปเกี่ยวข้องกับบุคคลรอบข้าง	6	1.80	118	35.44	209	62.76
6. การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือน	54	16.22	132	39.64	147	44.14
7. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเช่นงานบุญประเพณี	18	5.41	212	63.66	103	30.93
8. การพบปะกับเพื่อนบ้าน/คนในชุมชน (ทั่วไป)	21	6.31	201	60.36	111	33.33
9. การทำกิจกรรมสังสรรค์	8	2.40	118	35.44	207	62.16

จากตารางที่ 3 ผลกระทบทางสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบ ส่วนที่มีผลกระทบมากที่สุดคือการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญประเพณี ได้รับผลกระทบบางครั้ง ร้อยละ 63.66 รองลงมาคือการพบปะกับเพื่อนบ้าน/คนในชุมชน (ทั่วไป) ร้อยละ 60.36 ส่วนที่มีผลกระทบมากบ่อยครั้งที่สุดคือ การทำ

กิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือนได้รับผลกระทบบ่อยครั้งมากที่สุด ร้อยละ 16.22 รองลงมาคือการพบปะกับเพื่อนบ้าน/คนในชุมชน (ทั่วไป) ร้อยละ 6.31

ด้านที่ 4 ผลกระทบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ



ตารางที่ 4 ผลกระทบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป อำเภอยักษ์ จังหวัดมหาสารคาม

ผลกระทบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	มากขึ้น		เท่าเดิม		น้อยลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โทรศัพท์	211	63.36	116	34.83	6	1.80
2. ไลน์ (Line)	120	36.04	185	55.56	28	8.41
3. เฟซบุ๊ก (Facebook)	109	32.73	177	53.15	47	14.11
4. เว็บไซต์ (Website)	76	22.82	185	55.56	72	21.62
5. อินสตาแกรม (Instagram)	54	16.22	186	55.86	93	27.93
6. ครอบครัว/ญาติ/เพื่อน	109	32.73	198	59.46	26	7.81
7. เสียตามสาย	167	50.15	154	46.25	12	3.60
8. เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ	157	47.15	168	50.45	8	2.40
9. วิทยุ	110	33.03	176	52.85	47	14.11
10. ผู้นำชุมชน /อสม.	202	60.66	124	37.24	7	2.10
11. เพื่อนบ้านในชุมชน	102	30.63	156	46.85	75	22.52

จากตาราง 4 ผลกระทบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป อำเภอยักษ์ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงเท่าเดิม โดยเข้าถึงครอบครัว/ญาติ/เพื่อนเท่าเดิมมากที่สุด แหล่งข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงมากขึ้นมากที่สุดคือ โทรศัพท์ ร้อยละ 63.36 รองลงมาคือ ผู้นำชุมชน/

อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 60.66 และเสียตามสาย ร้อยละ 50.15 ส่วนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงน้อยลงมากที่สุดคืออินสตาแกรม (Instagram) ร้อยละ 27.93 รองลงมาคือเพื่อนบ้านในชุมชน ร้อยละ 22.52 และเว็บไซต์ (Website) ร้อยละ 21.62 ตามลำดับ

ด้านที่ 4 ผลกระทบด้านการศึกษา

ตารางที่ 5 ผลกระทบด้านการศึกษาของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป อำเภอยักษ์ จังหวัดมหาสารคาม

ผลกระทบด้านการศึกษา	มากขึ้น		น้อยลง		ไม่มีผลกระทบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. นักเรียน/นักศึกษาต้องเรียนออนไลน์	189	56.76	4	1.20	140	42.04
2. ผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อดูแลบุตรหลานที่หยุดเรียน	56	16.82	8	2.40	269	80.78
3. ผู้ปกครองต้องซื้ออุปกรณ์ด้านเทคโนโลยีเพิ่ม	132	39.64	6	1.80	195	58.56
4. ผู้ปกครองมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการศึกษาเพิ่ม	153	45.95	2	0.60	178	53.45
5. เด็กมีพฤติกรรมติดสื่อ/เกม/มือถือ	127	38.14	10	3.00	196	58.86
6. เด็กเรียนไม่ทันเพื่อน	102	30.63	12	3.60	219	65.77
7. เด็กต้องเรียนชดเชย	130	39.04	6	1.80	197	59.16

จากตาราง 5 ผลกระทบด้านการศึกษาเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อเทียบกับสภาวะ ปกติ พบว่าผลกระทบด้านการศึกษาทุกข้อส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบ ข้อที่ไม่มีผลกระทบมากขึ้นมากที่สุดคือ ผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อดูแลบุตรหลานที่หยุดเรียน ร้อยละ 80.78 รองลงมาคือเด็กนักเรียนเรียนไม่ทันเพื่อน ร้อยละ 65.77 โดยผลกระทบด้านการศึกษาที่มากขึ้นคือนักเรียน/นักศึกษาต้องเรียนออนไลน์ ร้อยละ 56.76 รองลงมาคือผู้ปกครองมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการศึกษาเพิ่ม เช่น ค่าอินเทอร์เน็ตรายเดือน ร้อยละ 45.95 ผู้ปกครองต้องซื้ออุปกรณ์ด้านเทคโนโลยีเพิ่ม ร้อยละ 39.64

ส่วนที่ 2 การปรับตัวของประชาชนสู่ชุมชนวิถีใหม่ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะโป อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าประชาชนมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ดังนี้

1. การปรับตัวด้านเศรษฐกิจ ประชาชนมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีพได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหารายได้เสริมจากงานประจำที่ตนเองเคยทำอยู่ ซึ่งปัจจุบันรายได้ของประชาชนลดลงมาก รวมทั้งพยายามหาวิธีการในการลดรายจ่ายของตนเองให้น้อยลง เช่น ปลุกพืชผักสวนครัวที่สามารถใช้พื้นที่ของตนเองที่มีอยู่ใน การดำเนินการ หารายได้จากการขายของออนไลน์ ลดการรับประทานอาหารนอกบ้าน รวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องมีค่าใช้จ่ายจะพิจารณาเป็นพิเศษ หากไม่จำเป็นก็จะหลีกเลี่ยงเพื่อไม่ให้เกิดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น

2. การปรับตัวด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต การปรับตัวด้านสุขภาพประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของทางราชการ โดยเฉพาะการสวมหน้ากากอนามัยและการใช้เจลแอลกอฮอล์ระมัดระวังในการ อยู่ร่วมกันมากขึ้น รวมไปถึงการใช้พื้นที่สาธารณะ เว้นระยะห่าง ซึ่งให้ความใส่ใจในเรื่องของสุขอนามัยมากขึ้น การปรับตัวด้านสุขภาพจิต เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องก็ทำให้

คลายความวิตกกังวลลงได้บ้างส่วนหนึ่งใน ประเด็นของการแพร่ระบาด มีการติดตามข่าวสารจากหลากหลายช่องทาง แต่ความวิตกกังวลที่ยังคงอยู่จะเป็น ด้านเศรษฐกิจมากกว่า อาทิ รายได้ไม่พอรายจ่าย ส่งผลต่อการชำระหนี้สิน การส่งเสียบุตรหลานในการเล่าเรียน ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีความกังวลด้านนี้

3. การปรับตัวด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีการรวมกลุ่มกันลดน้อยลงจะรวมกลุ่มกันเฉพาะประเพณีที่มีความสำคัญเท่านั้นและปฏิบัติตามกฎระเบียบของภาครัฐ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 อยู่บ้านพักอาศัยมากขึ้น หากไม่มีความจำเป็นจะไม่เดินทางไปไหน พฤติกรรมในการใช้จ่ายเปลี่ยนแปลงไปโดยหัน มาใช้ระบบออนไลน์มากขึ้น ปรับตัวให้เข้ากับนโยบายภาครัฐ การใช้แอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่ภาครัฐกำหนดให้หน่วยงานหรือผู้นำชุมชนหากมีความจำเป็นต้องประชุมร่วมกันก็จะพิจารณาในการประชุมออนไลน์มากขึ้น เพื่อลดการชุมนุมร่วมกัน ในด้านของความสัมพันธ์กับคนในชุมชนพบว่าส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวได้มีเวลาอยู่ด้วยกันมากขึ้น ใช้เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในบ้านมากขึ้นมีเวลาพูดคุยกันมากขึ้น

4. การปรับตัวด้านเทคโนโลยี ส่วนใหญ่ปรับตัวมาใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารข้อมูลกันมากขึ้น หลัก ๆ คือผ่านแอปพลิเคชันต่างโดยเฉพาะที่รัฐบาลกำหนด เช่น ไทยชนะ เป๋าตังค์ หมอชนะ เป็นต้น หากเป็นการสื่อสารจะผ่านไลน์แอปพลิเคชันเป็นหลักหน่วยงานต่าง ๆ ปรับรูปแบบวิธีการให้บริการที่มีความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการผ่านระบบออนไลน์ ทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายมากยิ่งขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องพบเจอซึ่ง ช่วยในเรื่องของการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ได้เป็นอย่างดี

5. การปรับตัวด้านการศึกษา มีการปรับมาใช้รูปแบบการเรียนการสอนระบบออนไลน์ควบคู่ไปกับ

การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยเพื่อให้การเรียนรู้สามารถเข้าถึงผู้เรียนได้ แต่ยังมีอุปสรรคเนื่องจากนักเรียนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการเรียนการสอนได้ ด้วยสภาวะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน อีกทั้งในบางพื้นที่อินเทอร์เน็ตหมู่บ้านหรือของตำบลก็ยังไม่มียี่ห้อประสิทธิภาพที่ดีพอในการเรียนการสอน ในบางโรงเรียนผู้สอน จำเป็นที่จะต้องไปพบนักเรียนเพื่อนำสื่อการเรียนการสอนไปให้และติดตามทำความเข้าใจเพื่อให้ประสิทธิภาพในการเรียนการสอนดีที่สุดเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลกระทบของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโรคติดเชื้อโควิด -19 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะป้อ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่านักเรียน/นักศึกษาต้องเรียนออนไลน์ ทำให้ผู้ปกครองมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการศึกษาเพิ่ม เช่น ค่าอินเทอร์เน็ตรายเดือน ต้องซื้ออุปกรณ์ด้านเทคโนโลยีเพิ่มผลกระทบดังกล่าวเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 ซึ่งเป็น โรคติดต่อจากคนสู่คนที่มีความรุนแรงจนทำให้รัฐบาลประกาศขอความร่วมมือให้หน่วยงานต่างๆ งดการรวมกลุ่มจนทำให้ประชาชนต้องทำงานที่บ้าน ทำให้ประชาชนมีรายได้ลดลงและมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความวิตกกังวลต่อการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ⁵ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางสังคม และส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมาก และทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาด้านสุขภาพจิต และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวลักษณ์ กิตติประภัสร์ และคณะ⁶ ที่ศึกษา ผลกระทบทางสังคมจากการระบาดของเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 และวิกฤตเศรษฐกิจ ผลการศึกษา พบว่าการระบาดของ

เชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มีผลกระทบต่อผู้มีรายได้น้อยและคนจนมาก โดยเฉพาะในช่วงที่มีการปิดเมืองที่ผลกระทบมีขนาดมากที่สุด และเมื่อหลังจากมีการเปิดเมืองหรือคลายล็อกแล้วผลกระทบก็ยังคงอยู่ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของรายได้ การตกเกณฑ์เป็นคนจนใหม่ การตกงาน การเป็นหนี้ การลดลงของรายจ่ายน้อยกว่าการลดลงของรายได้ ทำให้สัดส่วนของรายจ่ายต่อรายได้ของครัวเรือนสูงกว่าก่อนหน้าที่จะมีมาตรการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 จึงทำให้ภาระหนี้ของครัวเรือนมีแนวโน้มที่สูงขึ้น สวนทางกับการออม ที่มีแนวโน้มติดลบมากขึ้น

2. การปรับตัวของประชาชนสู่ชุมชนวิถีใหม่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะป้อ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าประชาชนมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 ดังนี้ มีการปรับมาใช้ระบบออนไลน์ การปรับตัวของประชาชนนั้นเกิดจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทางสังคมอันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 ทำให้ประชาชนจำเป็นต้องปรับตัวให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะการปรับตัวทางเศรษฐกิจที่ประชาชนให้ความสำคัญกับการลดค่าใช้จ่าย และการหารายได้เพิ่ม สอดคล้องกับงานวิจัยของ อวาทิพย์ แว⁷ ที่ได้ศึกษาโควิด-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้ ผลการศึกษาพบว่าประชาชนมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับช่องทางการแพร่กระจายของเชื้อเพียงเล็กน้อย มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสวมใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีมาก ประชาชนส่วนใหญ่สามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที และประชาชนส่วนใหญ่สามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย ประชาชนส่วนใหญ่มีความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่น่าเสนอจากหนังสือพิมพ์ โทรศัพท์ สื่อออนไลน์ บุคลากรด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พระใบฎีกาภิตติพงษ์ สีสสุทโธ และสุชน ประวัติ⁸ ได้ศึกษาการปรับ

พฤติกรรม สุขภาวะองค์รวมของมนุษย์ในสังคมไทย กับโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามหลักพุทธจิตวิทยา ผลจากการปรับพฤติกรรมตามหลักภวาท 4 คือ การพัฒนาประกอบด้วยการพัฒนาร่างกายให้แข็งแรง ไร้โรค มีสุขภาพดี การพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคมให้เป็นไปด้วยดี ไม่ก่อการเบียดเบียน ไม่ทำความเดือดร้อนต่อผู้อื่น และสังคมการพัฒนาจิตใจให้มีคุณสมบัติดีงามพร้อมมีเมตตา มีความรักความเป็นมิตร มีกรุณา อยากช่วยเหลือปลดปล่อยความทุกข์ของผู้อื่น พัฒนาปัญญาคือพัฒนาความรู้ความเข้าใจของตนเอง ให้เกิดความรู้แจ้งเห็นจริง และใช้ความรู้แก้ปัญหาทำให้เกิดสุขได้ ด้วยการป้องกันตัวเองและช่วยป้องกันไม่ให้ไวรัสโคโรนา (COVID- 19) แพร่กระจายสู่คนอื่นได้ด้วยวิธีล้างมือบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการพบปะใกล้ชิดระยะ 1 เมตร ควรใส่หน้ากากอนามัยอยู่บ้าน และกักตัวเองให้ห่างจากคนอื่น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ธาณี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัชวรัตน์⁹ ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนน้อยคือล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70 % เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ ล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับมาก แต่ยังพบรายข้อที่มีค่าคะแนนน้อยซึ่งอาจส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการรับรู้ข่าวสารและการใช้เทคโนโลยี

ภาครัฐและเอกชนช่วยเหลือในการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคและการป้องกันในทุกช่องทาง และควรเพิ่มการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ติดเชื้อโควิด-19 เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชน

2. ด้านเศรษฐกิจ ภาครัฐควรใช้มาตรการช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าครองชีพโดยการควบคุมราคาสินค้า อุปโภค บริโภค ให้มีความเหมาะสม อาจลดราคาสินค้าบางชนิดที่มีความจำเป็นต่อประชาชน เช่น ข้าวสาร อาหารแห้งเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่าย

3. ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมสร้างอาชีพภายในชุมชน โดยการสร้างกลุ่มอาชีพให้เป็นอาชีพเสริม แก่ประชาชนเพื่อเพิ่มรายได้ เช่น ส่งเสริมการผลิตสินค้าชุมชน และส่งเสริมกิจกรรมสร้างรายได้ จากช่องทางต่าง ๆ เช่น การค้าขายออนไลน์

4. ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ภาครัฐควรส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรค โดยการแจกหน้ากากอนามัยให้ทั่วถึงในชุมชน ส่งเสริมให้คนในชุมชนหันมาออกกำลังกาย โดยมีระยะห่างและความปลอดภัย ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลการปฏิบัติเพื่อตนเองให้ปลอดภัยจากโรค

5. ด้านการศึกษา ภาครัฐควรส่งเสริมเทคโนโลยีการศึกษาแก่โรงเรียนเพื่อให้มีความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ และควรมีการพัฒนาสื่อการศึกษาเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มผู้เรียนทุกระดับ

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องถึงแนวทางและวิธีการในการช่วยเหลือประชาชนที่มีระดับการปรับตัวน้อย เพื่อเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมั่นคง

2. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบของการปรับตัวของประชาชนเพื่อการนำไปใช้และเป็นประโยชน์ในงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. กฤษฏา บุญชัย และคณะ. (2563). การประเมินความเสียหาย ผลกระทบและการปรับตัวของชุมชนท้องถิ่นต่อ ภาวะโรคระบาด COVID 19. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2563). มานุษยวิทยากับโรคระบาด: โควิด-19 โรคอุบัติใหม่กับงานวิจัยทางมานุษยวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะป้อม อำเภอยะผิง จ.มหาสารคาม. (2565). มหาสารคาม. ออนไลน์สืบค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2565.
4. Yamane, T. (1973). Statistics: An Introductory Analysis. (3rd Ed). New York : Harper and Row Publications.
5. ชีระพงษ์ ทวีวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการ ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19). วารสารมหาจุฬานาครทรรณ. 7 (9). 40-55.
6. เสาวลักษณ์ กิตติประภัสร์ และคณะ. (2563). ผลกระทบทางสังคมจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) และวิกฤตเศรษฐกิจ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
7. อวาทิพย์ แว. (2563). COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. วารสารสมาคม วิชาชีพสุขภาพ. 35 (1). 24-29.
8. พระใบฎีกากิตติพงษ์ สีลสุทโธ และสุนัน ประวัติดี. (2563). การปรับพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรของ มนุษย์ใน สังคมไทยกับโรคโควิด 19 ตามหลักพุทธจิตวิทยา. วารสารมหาจุฬาวชิการ. 7 (3). 85-96. แหล่งที่มา: <http://gishealth.moph.go.th/pcu/admin/pcu.php?code=05026>
9. ธาณี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัยรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชน เรื่องการ ป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การ สาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. 21 (2). 29-39.

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา: กิจกรรมรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร Assessing the carbon footprint of a product: A case study of interior building demolition.

(Received: September 22,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

แววาลี ประมูล¹, เสรีย์ ตูประกาย¹, วรานนท์ คงสง¹, วีระเดช สมองทวีพร¹ มงคล รัชชะ *

Waewalee Pramoon¹, Seree Tuprakay¹, Waranon Kongsong¹, Teeradej Smongtaweepon¹ Mongkol Ratcha^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษา กิจกรรมการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคารสำนักงานเช่า รวมถึงการนำของเสียไปใช้ประโยชน์ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการทำงานและแนวทางในการลดของเสียจากกิจกรรมการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร ให้เป็นไปตามหลักเศรษฐกิจหมุนเวียน เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ผลการศึกษาพบว่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ภายในสำนักงานที่เป็นสำนักงานเช่ามีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั้งหมดเท่ากับ 0.41 KgCO₂e/m² โดยมีสาเหตุหลักมาจากกิจกรรมการใช้ไฟฟ้าในเครื่องมือ เครื่องจักรในกระบวนการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร โดยกระบวนการรื้อพื้นที่เป็นพื้นกระเบื้องแกรนิตโต มีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด เท่ากับ 0.15 KgCO₂e/m² หรือ คิดเป็น 38 % ของการปลดปล่อยทั้งหมด โดยมีสาเหตุหลักมาจากขั้นตอนดังกล่าวมีการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าเครื่องสกัดไฟฟ้าที่มีจำนวนมากและใช้เวลานานจึงเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้มีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด

คำสำคัญ: คาร์บอนฟุตพริ้นท์, ก๊าซเรือนกระจก, การรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร, เศรษฐกิจหมุนเวียน

Abstract

This research proposes to analyze the carbon footprint of products that focus on a case study, which involves to building demolition activities within a rented office building, including the utilization of waste. The aim is to provide information for work planning and guidelines for reducing waste from building demolition activities within buildings, aligning with the principles of the circular economy using quantitative research principles. The results of study found that the demolition of interior buildings within rented offices resulted in a total greenhouse gas emissions level of 0.41 KgCO₂eq/m². This emission was primarily attributed to the use of electricity in equipment and machinery during the demolition process. Specifically, data calculations pinpoint the process of dismantling granite tile flooring as the largest contributor to greenhouse gas emissions, accounting for 0.15 KgCO₂eq/m² or 38% of the total emissions. This is primarily due to the use of energy-intensive electric extraction machines, which consume a significant amount of electricity over an extended period.

Keywords: carbon footprint, greenhouse gases, interior building demolition, Circular Economy

บทนำ

ภาวะเรือนกระจกและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีสาเหตุมาจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจกออกมาสู่ชั้นบรรยากาศ ทั้งกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวัน กิจกรรมภาคอุตสาหกรรม กิจกรรมภาคเกษตรกรรม และ การใช้พลังงาน ดังนั้นคาร์บอนฟุตพริ้นท์จึงถูกนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดถึงผลกระทบจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ต่อระบบสิ่งแวดล้อมในแง่ของปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมา โดย

ปัจจุบันการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ และองค์กร ในงานวิจัยนี้จะใช้การประเมินแบบคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ (Carbon footprint of product) ซึ่งหมายถึง ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์แต่ละหน่วยตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์ตั้งแต่การได้มา ของวัตถุดิบ การขนส่ง การผลิต การใช้งาน และการจัดการซากผลิตภัณฑ์หลังใช้งานโดยคำนวณ

¹ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ออกมาในรูปแบบของคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า^[6] โดยรูปแบบการประเมินที่จะใช้ในอนาคตจะเป็น การประเมินแบบ Cradle-to-Gate (Business to Business: B2B) เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ไปทำการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงานตลอดวัฏจักรเพื่อลดการใช้พลังงานและลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกลงในลำดับต่อไป

กิจกรรมที่ใช้เป็นกรณีศึกษาเป็นกิจกรรมการรีไซเคิลสิ่งปลูกสร้างภายในอาคารซึ่งในประเทศไทยโดยทั่วไปได้แบ่งการรีไซเคิลออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ใช้แรงงานคน และประเภทที่ใช้แรงงานพร้อมเครื่องจักร ทั้งสองประเภทมีขั้นตอนที่ไม่ต่างกันมากนัก โดยปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการจะเป็นขนาดของอาคารลักษณะสิ่งปลูกสร้างตกแต่งภายใน และระเบียบปฏิบัติของอาคารที่ทำการรีไซเคิล ซึ่งลำดับขั้นตอนสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ขั้นตอนการสำรวจอาคารก่อนการเสนอราคารีไซเคิล ขั้นตอนการเตรียมรีไซเคิล และขั้นตอนการรีไซเคิล^[2]

จากการทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่างานวิจัยโดยส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากกระบวนการผลิต การใช้งาน และการขนส่ง ในขณะที่ส่วนของการรีไซเคิลนั้นไม่ค่อยมีปรากฏ ซึ่งกระบวนการรีไซเคิลก็จัดอยู่ในส่วนหนึ่งของวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์และบริการเช่นกัน นอกจากนั้นแล้วกิจกรรมการรีไซเคิลสิ่งปลูกสร้างภายในอาคารก็เป็นกิจกรรมที่พบเห็นได้อย่างทั่วไปทั้งในส่วนของสำนักงาน ร้านค้า โรงงาน ที่อยู่อาศัยต่างๆ เช่นกัน จึงนำมาสู่แนวทางการวิจัยนี้ เพื่อให้ทราบข้อมูลการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก ทำให้สามารถหาแนวทางการลดการปรับเปลี่ยนกระบวนการที่ก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจกให้น้อยลงจนเข้าใกล้ศูนย์ ตามหลัก Net Zero อีกทั้งผลิตภัณฑ์จากกิจกรรมดังกล่าว อันได้แก่ เหล็ก โลหะ เศษปูน กระดาษ ไม้ต่างๆ หากสามารถนำผลิตภัณฑ์ดังกล่าวกลับเข้าสู่กระบวนการผลิตอีกครั้ง ทำให้เกิดความคุ้มค่าและลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดย

สามารถนำไปเทียบกับคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของวัตถุดิบจากการผลิตชิ้นใหม่ ตามหลัก เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) [7] หรือใช้ในการออกแบบผลิตภัณฑ์เพื่อลดขั้นตอนในการนำกลับมาใช้ใหม่^[9]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์หาคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกิจกรรมการรีไซเคิลสิ่งปลูกสร้างภายในอาคารต่างๆ อีกทั้งเป็นข้อมูลในการวางแผนและแนวทางในการลดของเสียจากกิจกรรมการรีไซเคิลสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิจัย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยการสำรวจกระบวนการรีไซเคิลสิ่งปลูกสร้างภายในอาคารเพื่อรวบรวมเครื่องจักรและพลังงานที่ใช้ในกระบวนการ จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงให้การรีไซเคิลสามารถจัดการพลังงานและทรัพยากรต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการลดต้นทุน เพิ่มผลผลิต และส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขอบเขตการศึกษา

ทำการศึกษาโดยทำการประเมินและรวบรวมปริมาณการปล่อย ก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการรีไซเคิลสิ่งปลูกสร้างภายในอาคารเท่านั้นไม่นับรวมปริมาณ การปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นจากการขนส่งและ มลพิษรวมถึงการจัดการมลพิษดังกล่าวที่เกิดขึ้นระหว่างการรีไซเคิล

เลือกกิจกรรมการรีไซเคิลโดยใช้กรณีศึกษางานรีไซเคิลสำนักงานเช่า ภายในอาคารเพื่อคืนพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานคร

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการกรอกข้อมูลจากผู้รับเหมาที่ได้รับงานรีไซเคิลคืนพื้นที่สำนักงาน โดยการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Specific Sampling) อันได้แก่ วิศวกรควบคุมงาน หัวหน้างาน

และผู้ทำงาน โดยใช้กรณีศึกษาจากกิจกรรมที่เลือกไว้เบื้องต้นเพื่อนำมาวิเคราะห์เกี่ยวกับรูปแบบขั้นตอนจากการรื้อถอนภายในอาคาร ซึ่งครอบคลุมข้อมูลดังนี้

- ขั้นตอนการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร
- เครื่องมือ/ อุปกรณ์ที่เลือกใช้ในการรื้อถอน
- แนวทางในการจัดการเศษวัสดุที่ได้จากการรื้อถอน
- เครื่องมือและยานพาหนะที่ใช้ในการจัดการเศษวัสดุที่ได้จากการรื้อถอน
- เก็บข้อมูลภาคสนาม ได้แก่ ปริมาณของเสียที่เกิดจากกระบวนการ สภาพพื้นที่การทำงาน เป็นต้น

ข้อมูลทั้งหมดที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลจากกระบวนการปฐมนิเทศ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในกระบวนการยุติธรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการรื้อถอนภายในอาคารมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามรูปแบบการประเมินแบบ Cradle-to-Gate (Business to Business: B2B) โดยมีวิธีประเมิน

ศักยภาพในการก่อให้เกิดภาวะโลกร้อนโดยใช้ค่าศักยภาพในการก่อให้เกิดภาวะโลกร้อนของผลิตภัณฑ์^[5]

$$CFP = \sum (A_i \times EF_i)$$

โดยที่ CFP คือ ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์หรือปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วยผลิตภัณฑ์ (กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อ หน่วยผลิตภัณฑ์) A_i คือ ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม i (หน่วยต่อหน่วยผลิตภัณฑ์) EF_i คือ ค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Emission factor) ในแต่ละกิจกรรม i (กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อหน่วย)

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลหลังจากการประเมินค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการรื้อถอนภายในอาคารจะทำให้ทราบปริมาณรวมของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ โดยแสดงผลการวิเคราะห์ในหน่วยตารางเมตรของการรื้อถอน (m^2) ซึ่งสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปหาแนวทางปรับปรุงกระบวนการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้าง โดยอาจขยายผลไปถึงการออกแบบและการเลือกใช้วัสดุก่อสร้างเพื่อลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกระบวนการต่อไป

ตารางที่ 1 บัญชีรายการเครื่องมือ/อุปกรณ์ไฟฟ้าและกำลังไฟฟ้า

	เครื่องมือ/อุปกรณ์ไฟฟ้า	กำลังไฟฟ้า (วัตต์)	จำนวนสูงสุดที่ใช้งาน (เครื่อง)
1)	เครื่องเจียรและใบเจียรตัดเหล็ก	800	6
2)	เครื่องดูดฝุ่นที่ใช้ในงานก่อสร้าง	1500	2
3)	พัดลมดูดระบายอากาศ	500	2
4)	สว่านไฟฟ้า	450	6
5)	เลื่อยไฟฟ้า	1,050	6
6)	เลื่อยวงเดือน	1,750	1
7)	เครื่องเจาะกระแทก	800	4
8)	เครื่องสกัดไฟฟ้า	200	6
9)	ไฟส่องสว่าง	200	6
10)	ค้อนปอนด์	ไม่ใช่ไฟฟ้า	6
11)	เครื่องมือช่าง ต่างๆ	ไม่ใช่ไฟฟ้า	ตามจำนวนผู้เข้าทำงาน

ผลการศึกษา

1. บัญชีรายการเครื่องมือ/อุปกรณ์ไฟฟ้าและกำลังไฟฟ้า

จากกรณีศึกษา การรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในสำนักงานที่เป็นสำนักงานเช่าขนาดพื้นที่ใช้สอย 753 ตารางเมตร ภายในตึกสำนักงานเช่าแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเฟอร์นิเจอร์ต่างๆรวมถึงเครื่องใช้ไฟฟ้า ได้ถูกขนย้ายออกไปก่อนที่จะทำการรื้อถอน มีระยะเวลาทำงาน 45 วัน มีลำดับขั้นตอนการรื้อถอนแบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอน 1. การสำรวจพื้นที่ก่อนเริ่มเข้าดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปสู่การประมาณการวิธีการรื้อถอน การเลือกใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และกำลังคนในการรื้อถอน นอกจากนั้นยังต้องประมาณการเศษวัสดุที่ได้จากการรื้อถอนเพื่อวางแผนในการจัดการขนย้าย

ขั้นตอน 2. การเตรียมการ อันได้แก่ การปิดกั้นพื้นที่เพื่อจำกัดขอบเขตการทำงานและป้องกันเหตุเดือดร้อนรำคาญในพื้นที่ข้างเคียง

ขั้นตอน 3. การปฏิบัติการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้าง โดยในขั้นตอนนี้สามารถแตกรายละเอียดเป็นขั้นตอนย่อยตามลำดับการทำงานต่อไป

ขั้นตอน 4. การจัดการเศษวัสดุที่ได้จากการรื้อถอน โดยจะเป็นการทำเป็นช่วงๆ สลับกับขั้นตอนย่อยในระหว่างการรื้อถอน

ในแต่ละขั้นตอนการทำงานมีการการระบายอากาศ เปิดไฟส่องสว่างอยู่ตลอดเวลา บัญชีรายการเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานรื้อถอนแสดงในตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 แสดงบัญชีรายการเครื่องมือ/อุปกรณ์ไฟฟ้าและกำลังไฟฟ้าที่ใช้งานในกระบวนการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างในอาคาร โดยมีที่มาจากแบบสอบถามข้อมูลและการสัมภาษณ์จากผู้ปฏิบัติงาน [2] จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาคำนวณหาค่าการใช้ไฟฟ้าตามระยะเวลาในการทำงานแต่ละขั้นตอน โดยแสดงผลงานไฟฟ้าที่ใช้งานตามขั้นตอนการทำงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การใช้พลังงานในแต่ละขั้นตอนของการรื้อถอนสำนักงานเพื่อคืนพื้นที่

ลำดับ	ขั้นตอน	รายละเอียดการทำงาน	ระยะเวลาการทำงาน (ชม.)	พลังงานไฟฟ้า (kWh)
1)	การสำรวจพื้นที่ก่อนเริ่มดำเนินการ	แรงงานจำนวน 3 คน	3	-
2)	เตรียมการ	แรงงานจำนวน 6 คน	8	-
3)	การปฏิบัติการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้าง			
	ก)การรื้อถอนระบบไฟฟ้าในพื้นที่เดิม	แรงงานจำนวนคน 12 คนและ สว่านไฟฟ้า 6 เครื่อง	24	64.8
	ข)การรื้อถอนผนังตึกแต่ง	แรงงานจำนวน 20 คนและ เครื่องมือช่าง	24	-
	ค)การรื้อถอนผนังไม้ตกแต่ง	แรงงานจำนวน 5 คนและเลื่อยวงเดือน 1 เครื่อง เลื่อยไฟฟ้า 1 ตัวสว่านไฟฟ้า 1 เครื่อง ใบเจียร์ตัดเหล็ก 1 เครื่อง และ เครื่องเจาะกระแทก 1 เครื่อง	16	77.6
	ง)การรื้อฝ้าเพดาน	แรงงานจำนวน 15 คนและสว่านไฟฟ้า 5 เครื่อง เครื่องมือช่าง เช่น ค้อนเหล็กและชะแลง	56	36.0
	จ)การรื้อพื้น	แรงงานจำนวน 18 คนและเครื่องสกัดไฟฟ้า 6 เครื่อง ค้อนปอนด์ 6 อัน	40	192.0
4)	การจัดการเศษวัสดุที่ได้จากการรื้อถอน	แรงงานจำนวน 4 คนและเครื่องเจาะกระแทก 4 เครื่อง ค้อนปอนด์ 2 อัน	120	16.0
5)	การระบายอากาศ *	พัดลมระบายอากาศขนาด 30 นิ้ว จำนวน 2 เครื่อง	160	24.0
6)	การใช้แสงสว่าง*	ไฟสปอร์ตไลท์ LED จำนวน 6 ชุด	160	48.0
7)	การทำความสะอาด**	แรงงานจำนวน 5 คน และ เครื่องดูดฝุ่น 2 เครื่อง	20	51.2
รวม				509.6

หมายเหตุ ทำงานวันละ 8 ชั่วโมงในเวลากลางคืนหลัง 19:00 น. เท่านั้นเนื่องจากเงื่อนไขการทำงานในดึกดังกล่าวเพื่อป้องกันผลกระทบต่อผู้เช่ารายอื่นอยู่ในพื้นที่เดียวกัน

* กระบวนการนี้ทำตลอดระยะเวลาการทำงานช่วงหลังเลิกงานประมาณ 1 ชั่วโมงต่อวัน (45 วัน)

** กระบวนการนี้ทำช่วงหลังเลิกงานประมาณ 1 ชั่วโมงต่อวัน (45 วัน)

2. การคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของ กระบวนการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร

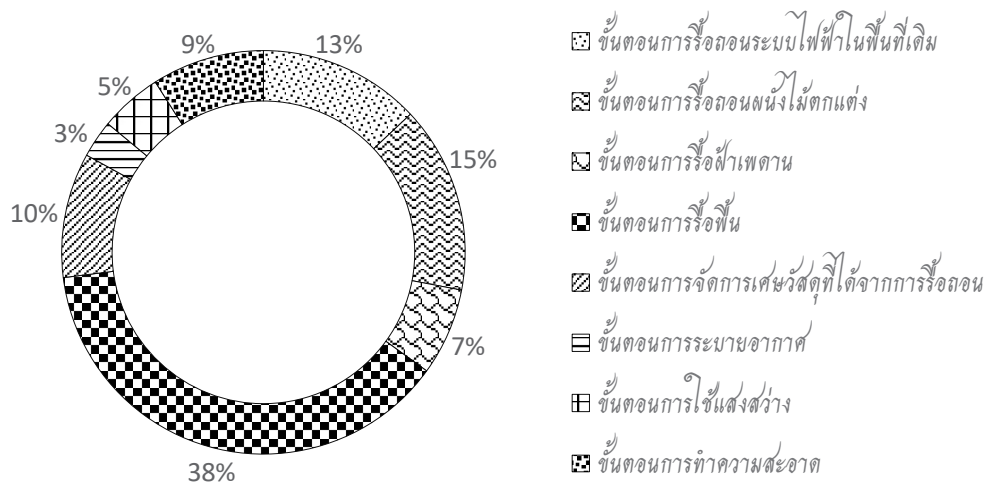
การคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของ
กระบวนการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร โดยที่
ค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก 0.5986

อ้างอิงจากไฟฟ้าแบบ grid mix ปี 2016-2018 [5]
เมื่อทำการคำนวณจากการใช้พลังงานและการปล่อย
คาร์บอนตามสูตรได้ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์

ลำดับ	ขั้นตอน	คาร์บอนฟุตพริ้นท์ (kgCO ₂ e)	คาร์บอนฟุตพริ้นท์ต่อหน่วย พื้นที่* (kgCO ₂ e/m ²)
1)	การสำรวจพื้นที่ก่อนเริ่มดำเนินการ	-	-
2)	การเตรียมการ	-	-
3)	การปฏิบัติการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้าง (รวมทั้งหมด)	221.72	0.29
	ก) การรื้อถอนระบบไฟฟ้าในพื้นที่เดิม	(38.79)	
	ข) การรื้อถอนผนังตึกแต่ง	-	-
	ค) การรื้อถอนผนังไม้ตึกแต่ง	(46.45)	
	ง) การรื้อฝ้าเพดาน	(21.55)	
	จ) การรื้อพื้น	(114.93)	
4)	การจัดการเศษวัสดุที่ได้จากการรื้อถอน	30.65	0.04
5)	การระบายอากาศ	9.58	0.01
6)	การใช้แสงสว่าง	14.37	0.02
7)	การทำความสะอาด	28.73	0.04
	รวมค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เท่ากับ	305.05	0.41

หมายเหตุ: * ค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกตามชนิดข้อมูลกิจกรรม (kgCO₂e/หน่วยพื้นที่) ตามพื้นที่การรื้อถอน



ภาพที่ 1 สัดส่วนของค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากกระบวนการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร

จากตารางที่ 3 แสดงการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของกระบวนการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร พบว่า การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั้งกระบวนการตามขอบเขตการศึกษา เท่ากับ 305.05 kgCO₂e เมื่อคิดเป็นต่อพื้นที่มีค่าเท่ากับ 0.41 kgCO₂e/m² โดยกิจกรรมการใช้ไฟฟ้าในขั้นตอนการรื้อพื้น มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในกิจกรรมทั้งหมด รองลงมาเป็นขั้นตอนการรื้อถอนผนังไม้ตักแต่ง คิดเป็นร้อยละ 15 อันเนื่องมาจากการปริมาณการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าและชั่วโมงในการทำงานสัดส่วนการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก ดังแสดงในภาพที่ 1

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากกิจกรรมการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร กรณีศึกษา กิจกรรมรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในอาคาร ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ และทำการคำนวณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยใช้วิธีการคำนวณตามคู่มือการคำนวณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกแห่งชาติ ขององค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) ^[6] โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งมีขอบเขตการประเมินตลอดช่วงชีวิตของผลิตภัณฑ์ (Life Cycle Assessment: LCA) ตั้งแต่การรื้อถอนเพื่อนำเศษซากหลังการใช้งานเพื่อรื้อการนำไปใช้ในผู้ผลิตรายถัดไป แบบ Cradle-to-Gate (Business-to-Business: B2B) ดังนั้นจึงไม่ได้รวมเรื่องของการขนส่งเศษวัสดุรื้อถอนไปยังอีกพื้นที่ อันเนื่องมาจากการขนส่งจะมีปัจจัยอีกหลายประการ เช่น ระยะทางการขนส่งไปยังพื้นที่รับกำจัด ช่วงระยะเวลาการเดินทาง และ สถานที่รับกำจัดรวมถึงวิธีการกำจัดหรือนำไปใช้ประโยชน์ต่อ ^[7] จากการวิจัยพบว่า การรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในสำนักงานที่เป็นสำนักงานเช่า มีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั้งหมดเท่ากับ 0.41 kgCO₂e/m² โดยมีสาเหตุหลักมาจากขั้นตอนการทำงานที่มีการใช้ไฟฟ้าของอุปกรณ์/เครื่องมือ ในการ

ทำงาน ตามข้อมูลที่ได้จากการคำนวณจะพบว่า กระบวนการรื้อพื้นที่เป็นพื้นกระเบื้องแกรนิตโต้ มีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด เท่ากับ 0.15 kgCO₂e/m² หรือคิดเป็น 38 % ของการปลดปล่อยทั้งหมด เนื่องจากขั้นตอนดังกล่าวมีการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าซึ่งคือ เครื่องสกัดไฟฟ้าที่มีจำนวนมาก และใช้เวลานาน จึงทำให้มีการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด ในส่วนของขั้นตอนการเตรียมการและขั้นตอนการรื้อถอนผนังตักแต่ง เป็นขั้นตอนที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกน้อยที่สุด แต่กระนั้น กิจกรรมการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างภายในล้วนเป็นกิจกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกสู่บรรยากาศของโลกทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากระหว่างกระบวนการจะมีการใช้ไฟสปอร์ตไลท์ LED เพื่อแสงสว่างและพัดลมระบายอากาศ เนื่องจากเป็นการทำงานในพื้นที่อาคาร ซึ่งผลจากการศึกษา เมื่อวิเคราะห์ตามรายละเอียดจะพบว่า การปล่อยก๊าซในกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นประเภทที่ 2 การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกทางอ้อมจากการใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นหลัก เนื่องจากงานรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างในอาคาร แต่จะไม่พบการใช้งานเครื่องมือประเภทก๊าซตัด หรือเครื่องมือที่ก่อให้เกิดการเผาไหม้ ประกายไฟที่ชัดเจน ^[3] อันเนื่องมาจากการในอาคารจำเป็นต้องระงับในส่วนของการเกิดเพลิงไหม้ และเหตุเดือดร้อนรำคาญไปยังผู้เช่ารายอื่น อีกทั้งงานวิจัยนี้ไม่ได้รวบขอบข่ายการกำจัดเศษวัสดุที่ได้จากการรื้อถอน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา

จากการผลการศึกษาพบว่ากระบวนการที่ปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุดเป็นกระบวนการรื้อพื้นดังนั้นจึงเสนอแนะให้พิจารณาตั้งแต่การออกแบบ การเลือกใช้วัสดุปูพื้นในประเภทที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อเช่น พื้นปาร์เก้ อีกทั้งแนวโน้มของร้านค้าและสำนักงานที่เช่าพื้นที่จะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบอยู่เป็นประจำเพื่อให้เข้ากับยุคสมัยและความต้องการของลูกค้า ดังนั้นการออกแบบที่ยั่งยืนสำหรับอนาคต เช่น

วัตถุดิบที่เป็นธรรมชาติ และสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้อย่างรวดเร็ว นำกลับมารีไซเคิลได้ 100 % เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการถลุงและผลิตวัสดุใหม่จากทรัพยากรธรรมชาติที่จำกัด

นอกจากนั้นแล้วการออกแบบผลิตภัณฑ์ที่มีกระบวนการติดตั้งและรื้อถอนที่สะดวกไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องจักรหรืออุปกรณ์ไฟฟ้าก็เป็นอีกแนวทางที่ช่วยลดการใช้การปล่อยก๊าซเรือนกระจกสอดคล้องตามแนวทางของการวิจัย ที่แนะนำให้คำนึงถึงแนวทางการเลือกใช้วิธีการและเครื่องมือในการการรื้อถอนอาคารและการทำลายอาคารที่รวมถึงการจัดการเศษวัสดุที่ได้อาคารที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

เนื่องจากงานวิจัยนี้ไม่ได้ครอบคลุมไปถึงการขนส่งเศษวัสดุจากอาคารไปยังสถานที่รับซื้อเศษวัสดุหรือ โรงงานกำจัด และไม่ได้รวมถึงมลภาวะที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงาน จึงสามารถต่อยอดการวิจัยเพื่อให้เป็นข้อมูลเสริมจนครบวงจรชีวิต (LCA) ของวัสดุที่ใช้ในงานก่อสร้างและตกแต่งภายในได้ต่อไปในอนาคตได้โดย นอกจากนั้นกระบวนการในการกำจัดก็เป็นอีกประเด็นที่สามารถต่อยอดงานวิจัยให้ครบวงจร

เอกสารอ้างอิง

- 1 วริศรา ลิขิวัฒน์, วิภาดา ทองหอม, ศุภิสรา แขวงโสภา, ธนภุต เนียมหอม และวิจิตา พัฒนอิสรานุกุล. คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตพญาไท. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
- 2 สุดตภา ใจแสน, การวิเคราะห์การปล่อยคาร์บอนจากขั้นตอนการรื้อถอนอาคารและการทำลายอาคาร. สถาปัตยกรรมศาสตร์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
- 3 มหาดไทย ชัยเกษม. การรื้อถอนอาคารคอนกรีตเหล็กโดยใช้แรงงานคนเป็นหลักในประเทศไทยปัญหาและแนวปฏิบัติ. วิศวกรรมศาสตรบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
- 4 ณัฐมา มาตรสงคราม. การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์และวอเตอร์ฟุตพริ้นท์จากการใช้ไฟฟ้าของกิจกรรมภายในอาคารที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน. วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2563.
- 5 บุญญา บัวเผื่อน. การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร กรณีศึกษา บริษัท บีเอ็มทีเอเชีย จำกัด. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม) คณะบริหารการพัฒนาสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2563.
- 6 องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). แนวทางการประเมินคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ขององค์กร โครงการส่งเสริมการจัดหาคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร. ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ; 2565.
- 7 กรมควบคุมมลพิษ. รายงานการศึกษาแนวทางการจัดการเศษสิ่งก่อสร้างสำหรับประเทศไทยกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. มหาลัยมหิดล และ German Technical Cooperation; 2550
8. Huang, W., Li, F., Cui, S.-h., Li, F., Huang, L., & Lin, J.-y. Carbon Footprint and Carbon Emission Reduction of Urban Buildings: A Case in Xiamen City, China. Procedia Engineering, 198, 1007-1017. <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2017.07.146>; 2017.
- 9 Ibn-Mohammed, R.Greenough, S. Taylor, L. Ozawa-Meida and A. Acquaye. Operational Vs embodied emissions in building -A review of current trends. ScienceDirect. Volume 66, November 2013, Pages 232-245. <https://doi.org/10.1016/j.enbuild.2013.07.026>; 2013.



ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effect of Empowerment, Social Support, and Valuation on Depression Prevention Among the Elderly in Phayu Subdistrict, Phayu District, Sisaket Province

(Received: September 22, 2023 ; Revised: September 28, 2023 ; Accepted: September 29, 2023)

ประสิทธิ์ ชมชื่น^{1*}

Prasit Chomchuen*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 32 คน รวม 64 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุตำบลโนนเพ็ก อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 15 กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การให้คุณค่าในตัวเอง และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การเสริมพลัง การให้คุณค่า แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of empowerment, social support, and valuation on depression prevention among the elderly in Phayu subdistrict, Phayu district, Sisaket province. The sample group was divided into two groups, with 32 people in each group, resulting in a total of 64 participants. The comparison group consisted of elderly individuals in Non Phek Subdistrict, Phayu District, Sisaket Province. The experimental group received the program for a period of 12 weeks, while the comparison group received normal care. Data were collected using questionnaires administered before and after the experiment. Data analysis was conducted between 15 June 2023 and 15 September 2023, using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, and 25th and 75th percentiles. The difference in mean scores of variables within the group was compared using the paired t-test, while the difference in mean scores among the groups was analyzed using the independent t-test. The significance level was set at 0.05. After the experiment, the mean scores for knowledge about depression, perceived risk of depression, perceived severity of depression, perceived benefits of preventing depression, and perceived barriers to preventing depression all showed significant increases in the experimental group compared to their scores before the experiment. Additionally, the levels of social support for preventing depression, self-esteem, and depression prevention behavior among the elderly in the experimental group were significantly higher than those in the comparison group. These differences were found to be statistically significant at the 0.05 level.

Keywords: Empowerment, Valuing, Social Support, Depression, Elderly

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

ประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) คาดการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัว โดยมีจำนวนกว่า 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก และ ปี ค.ศ. 2100 ผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีร้อยละ 30 ของประชากรโลก¹ อาจเพิ่มเป็น 8,000 ล้านคนในปีพุทธศักราช 2568 และอาจถึง 9,352 ล้านคนในปีพุทธศักราช 2593 ซึ่งจะเกิน 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด² ปี 2563 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุกว่า 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 15.28) และในอีก 10 ปีข้างหน้า (2573) จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัว³ เมื่อก้าวสู่วัยผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางกาย จิต วิถีชีวิต ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่แฝงอยู่ในตัว และจะถูกกระตุ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิต⁴ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวตนเองมีภาวะซึมเศร้า แต่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ⁵ องค์การอนามัยโลกพบสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก⁶ การสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นโดยพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วิธีการดำเนินชีวิต การพลัดพราก การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง เกิดการปรับตัวในการดำรงชีวิตหลายอย่าง การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อมีความเสื่อมทางร่างกายจะเกิดการเจ็บป่วย เกิดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น การป่วยด้วยโรค

เรื้อรังเป็นภาระในการจัดการระบบสุขภาพและสังคมในทั่วโลก⁷ การคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติ โครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 80 และประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสมบูรณ์ และจากศึกษาขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโลกที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020⁸ ด้านความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลงจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และในทางกลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้าลดลงความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองก็จะมากขึ้น⁹ จากการวิจัยของ Kelley Orth et. Al. (2009)¹⁰ และคณะได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำก็จะมีเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง องค์การอนามัยโลกได้อธิบายผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงที่สุดอาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย¹¹ เมื่อพิจารณาผลกระทบด้านจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Live with Disability: YLD) ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิงในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ทางด้านการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) และภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่หนึ่งในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและประเทศที่มีรายได้สูงคิดเป็นร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับ¹¹ ประเทศไทย ปัญหาภาวะซึมเศร่ายังคงเป็นภาระโรคที่สำคัญ ก่อความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 9 ในเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 1 และจำนวนปีที่สูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพเป็นสาเหตุการสูญเสียอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 2 ในเพศชาย ผู้สูงอายุไทย

พบภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคอันดับที่ 10 ในเพศชายและอันดับที่ 5 ในเพศหญิง¹²

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางและรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่ามีการที่หลากหลายตามบริบทพื้นที่ของแต่ละพื้นที่ เช่น การให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ การให้การยอมรับ การให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน การเปิดโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนตามปกติ การให้เกียรติ การให้โอกาสในการแสดงบทบาทต่าง ๆ ตามความเหมาะสม การจัดการด้านสุขภาพ การมีสุขภาพร่างกายที่ดี การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ และการจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ความเครียด ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ เช่น การศึกษาของศิริณารอดเจริญ และคณะ (2562)¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัย หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า ($p = 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเศร้าต่ำกว่า ($p < 0.001$) ก่อนได้รับโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางได้ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มากกว่า ($p < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเพิ่มเศร้ากว่า ($p = 0.005$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุศรา สุขสวัสดิ์ (2560)¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความหวัง และภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางให้ที่ระดับ 0.01 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามมา 1 เดือน ต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สุจิตรา สุขทวี และคณะ (2564)¹⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเศร้า ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง ($M = 90.90$, $SD = 6.42$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ($M = 61.23$, $SD = 6.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 249.12 ($p < .001$) และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($D = 29.66$, $SD = 8.00$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($D = 9.70$, $SD = 10.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.8$, $p < 0.001$) และ จิรภา วิลาวรรณ และคณะ (2565)¹⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางและส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (2) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งในพื้นที่ตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ยังไม่มีการรณรงค์หรือโปรแกรมที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

สถานการณ์ผู้สูงอายุของตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีประชากรทั้งสิ้น 3,918 คน มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2566 จำนวน 956 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 ของประชากรทั้งหมด พบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก โดยมีผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และการขาดการเอาใจใส่ดูแล ส่วนมากจะ

มาจากปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่าพบผู้สูงอายุมีภาวะเครียด ร้อยละ 10.2 วิตกกังวลเรื่องการอยู่อาศัยร้อยละ 34.0 มีภาวะเบื่อหน่ายร้อยละ 42.5 มีโอกาสฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.8 ตามลำดับ¹⁷ จากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและครอบครัว การเป็นภาระของสังคมและประเทศชาติ รวมถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบการยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้รู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

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

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน ดังนั้น กลุ่มทดลอง คือ

ผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุตำบลโนนเพ็ก อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการสร้างความคุณค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงบทบาทสมมติ และการเยี่ยมเสริมพลัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความ



เชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.88 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.84 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 0.82 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.80 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.74 และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.80 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-106 ลงวันที่ 9 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 มีอายุเฉลี่ย 63.03 ปี (S.D. = 4.06 ปี) มีสถานภาพ

สมรส ร้อยละ 53.1 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 59.4 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8,500 บาท (P25 = 5,000 บาท : P75 = 11,000 บาท) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.9 และความสัมพันธ์ในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.4 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.2 มีอายุเฉลี่ย 63.06 ปี (S.D. = 3.76 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 40.6 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 7,000 บาท (P25 = 1,450 บาท : P75 = 14,000 บาท) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.8 และความสัมพันธ์ในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0002) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.31 คะแนน (95% CI = 0.65-1.96) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	21.09	1.94	0.28	-0.58-1.14	0.64	0.518
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.37	1.49				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14.34	1.03	1.31	0.65-1.96	4.01	0.0002**
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.03	1.53				

**p-value<0.05

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.38 คะแนน (95% CI = 2.71-4.03) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	7.65	0.86	0.06	-0.36-0.48	0.29	0.770
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.59	0.83				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.09	1.61	3.38	2.71-4.03	10.26	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.71	0.92				

** $p\text{-value} < 0.05$

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.13 คะแนน (95% CI = 1.33-5.39) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	7.18	1.44	0.22	-0.47-0.90	0.63	0.528
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.96	1.30				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	9.59	1.73	2.13	1.33-2.91	5.39	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.46	1.39				

** $p\text{-value} < 0.05$

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยง

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.22 คะแนน (95% CI = 1.59-2.84) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.46	0.62	0.43	-0.09-0.97	1.63	0.106
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.03	1.37				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.12	1.66	2.22	1.59-2.84	7.12	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.90	0.58				

** $p\text{-value} < 0.05$

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.94 คะแนน (95% CI = 1.64-2.22) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	4.50	0.57	0.04	-0.25-0.31	0.22	0.826
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.46	0.56				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	7.18	0.59	1.94	1.64-2.22	13.35	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.25	0.56				

** $p\text{-value} < 0.05$

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าของ

กลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.038) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการ

ป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.65 คะแนน (95% CI = 0.14-5.16) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	15.43	3.37	1.28	-1.04-3.60	1.10	0.274
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.71	5.64				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	19.40	3.45	2.65	0.14-5.16	2.11	0.038
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.75	6.21				

**p-value<0.05

9. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการ

ให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 12.66 คะแนน (95% CI 10.66-14.64) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.40	4.07	0.40	-1.47-2.28	0.43	0.667
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.00	3.40				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	22.31	4.68	12.66	10.66-14.64	12.71	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.65	3.11				

**p-value<0.05

10. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value= 0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.41 คะแนน (95% CI = 1.80-7.01) รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45.37	4.94	1.84	-0.73-4.42	1.42	0.158
กลุ่มเปรียบเทียบ	43.53	5.36				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	48.75	5.18	4.41	1.80-7.01	3.38	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	44.34	5.24				

** p -value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การให้คุณค่าในตัวเอง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้วิจัยสร้างโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสารอย่างเป็นระบบ ที่ประกอบด้วยเนื้อหาการสร้างองค์ความรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การทำกลุ่มเพื่อการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพูดคุยซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่ถูกต้อง สร้างเครือข่ายในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะซึมเศร้าในทุกมิติจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของของศิริรญา รอดเจริญ และคณะ (2562)¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัย หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า (p = 0.001) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า (p < 0.001) ก่อนได้รับโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางได้ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มากกว่า (p < 0.001) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเพิ่มเติรมากกว่า (p =0.005) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุศรา สุขสวัสดิ์ (2560)¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความหวังและภาวะซึมเศร้าใน

ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามมา 1 เดือน ต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สุจิตรา สุขทวี และคณะ (2564)¹⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเศร้า ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง ($M = 90.90$, $SD=6.42$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ($M = 61.23$, $SD = 6.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 249.12 ($p < .001$) และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($D = 29.66$, $SD = 8.00$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($D = 9.70$, $SD=10.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.8$, $p < 0.001$) และ จิรภา วิลารวรรณ และคณะ (2565)¹⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาผาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (2) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม

ร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอพยุห์ หรือขยายผลไปในพื้นที่อื่น หรือประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพื่อเลือกวิธีการที่เกิดประสิทธิผลสูงสุด
2. ควรศึกษาหารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบมีส่วนร่วม ผสมผสาน และให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ที่มี
3. ควรทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อจะรู้ถึงแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุว่ามี นวัตกรรมอะไรบ้าง หรือมีโปรแกรมใดที่มีประสิทธิผล มีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลหรือไม่ได้ผลอย่างไร และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. (2018). World population prospects the 2017 revision volume I: Comprehensive tables. Retrieved from <http://www.un.org/en/development/desa/population>
2. ไพโรจน์ วงศ์วุฒิวัฒน์. (2561). สังคมผู้สูงอายุ: เราจะเตรียมรับมือกันอย่างไร. [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2564), แหล่งสืบค้น http://www.bangkokbank.com/download/EX_Aging_Society_TH.pdf



- 3.Wongpoom, T., Sukying C., & Udomsubpayakul, U. (2011). Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province. *Psychiatr Assoc Thailand*, 56(2), 103-116.
- 4.Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- 5.Srisaenpang P. (2018). Depression in older persons: Comprehensive nursing. *Nursing Science and Health*, 41(1), 129-140.
- 6.World Health Organization. Depression Definition WHO.Retrieved July 2018 from <http://www.who.int/topict/depression/en>; 2017.
- 7.National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: diagnosis, prevention and management (clinical guideline 103). Published July 2010. Accessed at www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf on 3 May 2011.
- 8.World Health Organization. Depression Definition WHO. Retrieved July 2018 from <http://www.who.int/topict/depression/en>; 2015.
- 9.Beck AT. Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division; 1967.
- 10.Kelley Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J. Schmitt M. Low self-esteem is a psucho. 2009; 118(3): 472-8.
- 11.World Health Organization. Depression Definition WHO. Retrieved July 2018 from <http://www.who.int/topict/depression/en>; 2018.
- 12.วิชัย เอกพลการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ฉบับ "สุขภาพเด็ก พ.ศ. 2551-52, นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2551.
- 13.ศิรินยา รอดเจริญ และคณะ. (2562) ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ต่อความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์*.
- 14.บุศรา สุขสวัสดิ์ และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวัง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2560*.
- 15.สุจิตรา สุขทวี และคณะ. (2564) ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเศร้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 235-243.
- 16.จิรภา วิลารรรณ และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2565*.
- 17.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพยุห์. (2566). *สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566*.

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ตำบลชุมช้าง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย Community Participation Model in Road Accident Management Chum Chang Subdistrict, Phon Phisai District Nong Khai Province

(Received: September 22,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

ยุพิน พรหมภักดิ์¹

Yupin Phromphipak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ตำบลชุมช้าง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1. กลุ่มขับเคลื่อนเพื่อค้นหาปัญหาความต้องการของประชาชน และสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 46 คน 2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์ เป็นประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 45 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 ศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหา ขั้นที่ 2 จัดทำแผนปฏิบัติการในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ขั้นที่ 3 ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยมี 6 กิจกรรม คือ 1) จัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน 2) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ 3) การอบรมให้ความรู้การขับขี่ปลอดภัย 4) การสร้างมาตรการทางสังคม 5) การสร้างจิตสำนึกที่ร่วมกันของครอบครัว 6) การปรับปรุงแก้ไขจุดเสี่ยง ขั้นตอนที่ 4 การตรวจและประเมินผล และขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและถอดบทเรียน จากผลการดำเนินงานความรู้ในการขับขี่ปลอดภัย และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ก่อนและหลังดำเนินงานแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การจัดการ, อุบัติเหตุทางถนน

Abstracts

This research aimed to study the community participation model in road accident management in Chum Chang Subdistrict, Phon Phisai District. Nong Khai Province It is action research (Action Research). The sample group consists of 1. A steering group to find problems. needs of the people and create a model for community participation in road accident management. Purpose Sampling: 46 people selected 2. Results evaluation group There were 45 people who had behaviors at risk for road accidents. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed using a paired sample t-test at a significance level of 0.05.

The research results found that the community participation model in road accident management consists of 5 steps: Step 1: Study the context and analyze the problem. Step 2: Create an action plan to prevent road accidents in the community. Step 3: Implement the action plan by There are 6 activities: 1) creating a database of road accident risk behavior in the community 2) public relations 3) training to provide knowledge on safe driving 4) creating social measures 5) creating good collective consciousness together of the family 6) Improving and correcting risk points, step 4, inspection and evaluation and step 5: analyzing success factors and extracting lessons From the results of work, knowledge in safe driving and motorcycle driving behavior Before and after the operation was different at the statistical significance level of 0.05.

Keywords: Participation, Management, Road accidents

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมช้าง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

บทนำ

อุบัติเหตุจากถนนทางถนน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานความปลอดภัยทางถนนโลก (Global status report on road safety)⁽¹⁾ พบว่า การบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี พ.ศ.2561 มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นจากปี 2556 โดยมีอัตราผู้เสียชีวิตบนท้องถนนเพิ่มขึ้นเป็น 1.35 ล้านคนต่อปีจาก 1.25 ล้านคนต่อปี ปัจจุบัน (พ.ศ.2562) ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ในอันดับ 9 ของโลก มีผู้เสียชีวิตเท่ากับ 32.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน เฉลี่ย 60 คนต่อวัน และ 22,491 คนต่อปี⁽²⁾ จากรายงานการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 พบว่า อัตราการบาดเจ็บ เท่ากับ 2,437.28, 2,269.14, 2,404.67, 2,206.13 และ 2,271.99 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 1.25, 1.82, 1.62, 1.62 และ 1.67 ตามลำดับ สถานการณ์อุบัติเหตุของจังหวัดหนองคายปี 2561-2565 พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน เท่ากับ ร้อยละ 1.68, 2.33, 1.97, 2.08 และ 2.15 ตามลำดับ ส่วนอำเภอโพนพิสัย พบว่า อัตราการเสียชีวิตอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน เท่ากับ ร้อยละ 1.77, 2.36, 2.38, 2.05 และ 2.25 ตามลำดับ และตำบลชุมช้าง พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน เท่ากับ ร้อยละ 1.75, 1.70, 0.94, 1.09 และ 1.87 ตามลำดับ⁽³⁾ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของตำบลชุมช้าง ใกล้เคียงกับระดับประเทศ แต่จะต่ำกว่าระดับจังหวัดและอำเภอ ซึ่งสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 79.20 รองลงมา คือ รถกระบะ ร้อยละ 8.20 ส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 82.50 ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 11.90 ช่วงอายุที่ประสบอุบัติเหตุสูงที่สุดในช่วงอายุ 10 – 14 ปี และเวลาที่เกิดอุบัติเหตุสูงที่สุด คือ ช่วงเวลา 17.00 – 17.59 น. มีจุดเสี่ยงต่าง ๆ ตามถนน

สายรองเนื่องจาก ไม่มีไฟส่องสว่าง ถนนเป็นทางโค้งหลายจุด ไม่มีไหล่ทาง ประชาชนที่สัญจรมีความประมาทในการขับขี่⁽⁴⁾ จากปัญหาดังกล่าว อำเภอโพนพิสัยได้มีการขับเคลื่อนประเด็นอุบัติเหตุจราจรจาก (RTI) ระดับอำเภอ สู่ ระดับตำบล โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ลงสู่ระดับหมู่บ้าน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามขั้นตอน PAOR ของ Kemmis and Mc Taggart⁽⁵⁾ ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การดำเนินกิจกรรมตามแผนการประเมินผล และการถอดบทเรียน/สะท้อนผล ซึ่งจากการถอดบทเรียน โดยการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน พบว่า ปัญหาที่สำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ทางคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุตำบลตำบลชุมช้าง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย จึงเห็นควรได้ทำการศึกษาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ตำบลชุมช้าง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย นำมาซึ่งรูปแบบการดำเนินงานตำบลปลอดภัยในพื้นที่ สร้างความตระหนัก จิตสำนึก วินัย และการรับรู้ ความปลอดภัยในชุมชนให้กับประชาชนในพื้นที่ เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ตำบลชุมช้าง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามขั้นตอน PAOR ของ Kemmis and Mc Taggart⁽⁵⁾

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1. กลุ่มขับเคลื่อนเพื่อค้นหาปัญหา ความต้องการของ

ประชาชน และสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตำบลชุมช้าง เลือกรูปแบบตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชน รวม 3 คน บุคลากรจากโรงพยาบาลโพธิ์ชัย คือ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เวชกิจฉุกเฉิน 1 คน รวม 2 คน บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน รวม 4 คน ครู 4 คน ตำรวจ 1 คน ผู้นำชุมชน 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน 16 คน เด็กและเยาวชน 8 คน จากกระบวนการทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีผู้ให้ข้อมูลหลักที่จะทำให้ได้ข้อมูลอิ่มตัวทั้งหมด 46 คน

กลุ่มที่ 2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือ ประชาชนในพื้นที่ตำบลชุมช้าง จำนวน 45 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ใช้โปรแกรมคำนวณของ G*Power ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Matched Paired กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์อายุระหว่าง 18-60 ปี สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ชุมช้าง เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) มีความผิดปกติหรือภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถติดต่อหรือนัดสัมภาษณ์ได้ใน 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ (เครื่องมือ 5 ชิ้น) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดปัญหา

และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาเป็นเครื่องมือมาจากศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน⁽⁶⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

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

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

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC เท่ากับ .86) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นปฏิบัติการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ศึกษาบริบท สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนตำบลตำบลชุมช้าง โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสู่กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ จากนั้นได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผน โดยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น ของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เพื่อสร้างรูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

ทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลชุมช้าง อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย

ขั้นตอนที่ 2 ลงมือปฏิบัติ (Action) คือ นำแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ไปปฏิบัติตามแผนกิจกรรมหรือโครงการที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยลงพื้นที่สังเกตแบบมีส่วนร่วม พร้อมกับบันทึกผลที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผล (Observation) ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 นิเทศติดตามการดำเนินงาน เมื่อผู้รับผิดชอบกิจกรรมหรือโครงการ มีปัญหาอุปสรรคใด ๆ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ก็ต้องคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ นั้น ดำเนินไปได้ด้วยดี กิจกรรมที่ 2 การประเมินผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือที่จัดทำและที่สร้างขึ้น ในการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถอดบทเรียน รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2) การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ใช้สถิติ paired Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย หมายเลขรับรอง 50/2566

ผลการวิจัย

1. บริบทชุมชนในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมช้าง อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย พบว่า

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมช้าง มีหมู่บ้านรับผิดชอบ 15 หมู่บ้าน 1,716 หลังคาเรือน ประชากร 4,467 คน เพศชาย 2,152 คน ร้อยละ 48.18 เพศหญิง 2,315 คน ร้อยละ 51.82 อสม. จำนวน 143 คน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2561-2565 เท่ากับร้อยละ 1.74, 0.85, 0.93, 2.17 และ 1.86 ตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่าเกิดจากผู้ขับขี่ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร เมาแล้วขับ ไม่สวมหมวกกันน็อก/ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย เยาวชนมีความเสี่ยงสูง ประชาชนขาดความตระหนัก มีจุดเสี่ยงตามถนนต่าง ๆ ในชุมชน ถนนเส้นหลักเวลากลางคืนไฟส่องสว่างไม่เพียงพอ ถนนไหล่ทางแคบ ทางโค้งมีมากและรถใช้เส้นทางมีมาก มีถนนเส้นทางหลักเชื่อมต่อระหว่างอำเภอและจังหวัด เป็นต้น ฯลฯ

2. รูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลชุมช้าง อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนปฏิบัติการในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน โดยการใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น ของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยมีภารกิจหลัก 6 กิจกรรม คือ 1) การจัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน 2) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ 3) การอบรมให้ความรู้ กฎหมาย การขับขี่ปลอดภัย 4) การประชาคมเพื่อสร้างมาตรการทางสังคม 5) การสร้างจิตสำนึกที่ตื่นร่วมกันของครอบครัว 6) การปรับปรุงแก้ไขจุดเสี่ยง ขั้นตอนที่ 4 การตรวจและประเมินผล และขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและถอดบทเรียน

3. ผลจากการดำเนินงานตามรูปแบบลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการใช้

ส่วนร่วมของชุมชน ตำบลชุมช้าง อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย พบว่า

3.1 กิจกรรม การจัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน เป็นการสำรวจกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนตำบลตำบลชุมช้าง จำนวน 269 คนนั้น บางคนอาจมีหลายพฤติกรรมเสี่ยง บางคนมีพฤติกรรมเสี่ยงเดียว ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ

จำนวน 99 คน รองลงมาคือ ผู้สูงอายุขับซิ่ง 53 คน พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับรถ จำนวน 43 คน การสำรวจกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ทำให้ทราบถึงกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกระบวนการที่ได้ จากขั้นตอนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม นอกจากจะดำเนินการแบบองค์รวมแล้วยังสามารถดำเนินการบางกิจกรรมเฉพาะเจาะจงในกลุ่มเสี่ยงได้อีกด้วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนตำบลตำบลชุมช้าง

หมู่บ้าน	เด็กแว้นซ์ (คน)	ดื่มแอลกอฮอล์ประจำ (คน)	ดื่มแล้วขับ (คน)	ดื่มแล้วทะเลาะวิวาท (คน)	ผลขับรถ (คน)
1	2	2	1	3	1
2	1	7	6	2	3
3	3	1	2	1	1
4	5	6	6	0	2
5	3	8	6	5	2
6	1	6	2	1	2
7	1	12	4	3	3
8	3	10	4	2	2
13	4	2	1	3	4
14	1	13	3	5	4
15	2	2	4	3	2
16	1	11	1	1	7
17	3	13	2	5	10
18	2	6	1	3	10
รวม	32	99	43	37	53

3.2 กิจกรรม การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์โดย 1) การประชาสัมพันธ์การป้องกันอุบัติเหตุ สถานการณ์ต่าง ๆ ผ่านหอกระจายข่าวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นประจำ มีการจัดขบวนเดินรณรงค์ทั้งในระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน จะทำในช่วงก่อนเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ในการเดินจะมีป้ายรณรงค์ แผ่นพับแจก มีการสวมหมวกกันน็อก มีการแต่งตัวผู้ประสบอุบัติเหตุ

ฯลฯ โดยผู้เข้าร่วมจะเป็นผู้นำชุมชน อสม. เยาวชน มีการรณรงค์ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมช้าง และเพื่อสร้างกระแสการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

3.3 กิจกรรม การจัดอบรมให้ความรู้ ในประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 45 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 82.22 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 44.44สถานภาพ

สมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 77.78 การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 44.96 ประสบการณ์ขับขี่รถจักรยานยนต์ 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 77.78 มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 64.44 ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุการลื่นไถลของรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 40 ซึ่งการอบรมเน้นสร้างจิตสำนึกที่ดีในการขับขี่ปลอดภัย สร้างความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมายจราจร, พรบ. รถจักรยานยนต์ และพรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์ พ.ศ.2535 พฤติกรรมเมาไม่ขับ ซึ่งความรู้

เกี่ยวกับกฎจราจร ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.42 คะแนน หลังการดำเนินงาน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 16.40 คะแนน ซึ่งความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ก่อนและหลังดำเนินงานแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรมากกว่าก่อนการดำเนินงาน 0.98 คะแนน (95% CI = .44 - 1.51) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ก่อนและหลังดำเนินงาน

การติดตาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI
หลังดำเนินงาน	16.40	1.49	สูง	0.98*	3.66	0.44 - 1.51
ก่อนดำเนินงาน	15.42	0.83	สูง			

*P-value<0.05

พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ อยู่ในระดับควรปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 25.31 คะแนน หลังการดำเนินงาน พบว่า พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 35.80 คะแนน ซึ่งพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์

ก่อนและหลังดำเนินงานแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ มากกว่าก่อนการดำเนินงาน 10.48 คะแนน (95% CI = 8.76 - 12.2) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ก่อนและหลังดำเนินงาน

การติดตาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI
หลังดำเนินงาน	35.80	3.87	ดี	10.48*	12.24	8.76 - 12.2
ก่อนดำเนินงาน	25.31	3.44	ควรปรับปรุง			

*P-value<0.05

3.4 กิจกรรม การประชุมเพื่อสร้างมาตรการทางสังคม ผู้นำชุมชน ตัวแทน อสม., สอบต., อปพร. และเยาวชน หมู่บ้านละ 30 คน ได้มาร่วมจัดทำประชาคมหมู่บ้านในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยได้มติของประชาคมเพื่อนำไปประกาศใช้ในชุมชนดังนี้

1) ด้านชุมชน เมื่อตรวจพบบุคคลเมาแล้วขับ ให้ยึดกุญแจรถ ให้บุคคลนั้นนั่งพักจนหายเมาค่อยปล่อยให้กลับบ้าน หากไม่หายเมาให้ติดต่อญาติมารับ

2) เข้มงวดกับร้านค้าจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ ให้ยึดปฏิบัติตามระเบียบเวลาที่จำหน่ายได้

3) ผู้ปกครองของกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเยาวชน ให้มาทำพันธะสัญญาต่อกรรมการหมู่บ้าน ในการที่จะต้องมีส่วนรับผิดชอบต่อบุตรหลานที่ดื่มแล้วขับ หรือเด้กแว้นซ์

3.5 กิจกรรมการจัดการแก้ไขปัญหาที่จุดเสี่ยง เช่น ตัดแต่งกิ่งต้นไม้ ตัดหญ้าตามท้องถนนตรงบริเวณ

จุดเสี่ยง การทำป้ายเตือน การทำหุ่นฟาง/นวัตกรรมที่กระตุ้นการมองป้ายหรือสัญลักษณ์เตือนต่าง ๆ ส่วนกิจกรรมที่เกินความสามารถของชุมชน ก็มีองค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการแก้ไข เช่น ไฟส่องสว่าง ลูกกระพรวนในถนน ป้ายเตือน กระจกส่องตรงทางแยก เป็นต้น หากเกินกำลังขององค์การบริหารส่วนตำบล ก็ได้มีการประสานกรมแขวงทางหลวงให้ช่วยดำเนินการแก้ไข เช่น การซ่อมแซมถนน การทำเส้นแบ่ง/ขอบถนนที่ชัดเจน ป้ายไฟเตือนต่าง ๆ เกาะป้องกันตรงทางโค้ง เป็นต้น ทำให้จุดเสี่ยงทางท้องถนนในแต่ละหมู่บ้านจุดเสี่ยงหลักได้รับการแก้ไขและดูแลจากคนในพื้นที่ เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ได้ให้ความสำคัญสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม เพื่อทำกิจกรรม อย่งไรก็ตามก็ยังมีจุดเสี่ยงใหม่ที่ต้องได้รับการแก้ไขเพิ่มเติม และได้มีการดำเนินงานปรับปรุงทุกจุดเพื่อความปลอดภัยแล้วอย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลชุมช้าง อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย จะเห็นได้ว่า ภาคีเครือข่ายและชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การค้นหาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงานในพื้นที่ที่ผ่านมา การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน การจัดแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งพบว่า ได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากทุกฝ่ายเป็นอย่างดี มีความเห็นพร้อมต้องกันว่า สิ่งที่เป็นอยู่นั้น เป็นปัญหาของชุมชนที่ทุกคนทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ผลการวิเคราะห์ปัญหาทำให้ทราบถึงรากเหง้าของปัญหา เนื่องจากปัญหาบางอย่าง มีความซับซ้อนและละเอียดอ่อน เกินกว่าที่บุคคลภายนอกชุมชนจะรับรู้และเข้าถึงปัญหาได้ ภาคีเครือข่ายและชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการร่วมกัน จนทำให้ได้ภารกิจหลัก 6

กิจกรรม คือ 1) การจัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน 2) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ 3) การอบรมให้ความรู้ กฎหมาย การขับขี่ปลอดภัย 4) การประชุมเพื่อสร้างมาตรการทางสังคม 5) การสร้างจิตสำนึกที่ร่วมกันของครอบครัว 6) การปรับปรุงแก้ไขจุดเสี่ยง เช่น ถนน ป้ายเตือน สัญลักษณ์ต่างๆ ไฟส่องสว่าง กระจกตรงทางแยก ฯลฯ มีการมอบหมายงานหรือมอบหมายภารกิจหลักที่เหมาะสมกับกิจกรรมต่าง ๆ ให้รับผิดชอบร่วมกับชุมชน หาแหล่งงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ สนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาค่าเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วม โดยอาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่ วงรอบที่ 3 จังหวัดภูเก็ต ได้กล่าวว่า การพัฒนาแบบการแก้ไขปัญหาค่าเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรของจังหวัดภูเก็ต เริ่มจากการสร้างภาคีเครือข่ายด้วยการใช้ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรมาเป็นจุดเริ่มต้น เชื่อมด้วยข้อมูลที่เป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ เช่น หมวก เมา หรือจุดเสี่ยง ส่วนสำคัญประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การประสานงานที่ดี และติดตามด้วยข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ⁽⁷⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการแก้ไขปัญหาค่าเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ⁽⁸⁾ พบว่าการสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนสามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ดังนั้นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ตำบลชุมช้าง อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ทั้งนี้จะขึ้นกับบริบท เป้าหมาย และศักยภาพของหน่วยงานในแต่ละพื้นที่

จากการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานตามรูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ

เกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลชุมช้าง อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย จะเห็นได้ว่าในทุกกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ได้มีภาคีเครือข่ายทั้งในระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการและเป็นผู้รับผิดชอบภารกิจหลัก ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแล และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น มีมาตรการทางสังคม มีการทำพันธะสัญญาข้อตกลงร่วมกัน มีคณะกรรมการปฏิบัติงานทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล ออกติดตามเยี่ยมการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ เพื่อเสริมกำลังใจ ผู้นำชุมชน อสม. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมทำกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การควบคุมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ การลดพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลกลุ่มเสี่ยง ที่เกิดการปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีและถูกทางมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ตำบลชุมช้าง อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ แต่เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านกระบวนการจัดการ ควรมีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องต่อไป
2. ควรนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ตำบลชุมช้าง อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย ไปปรับใช้กับทุกพื้นที่อื่น ๆ เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างครอบคลุม
3. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงาน และพัฒนาเพื่อให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization., 2018.
2. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [12 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก : <https://bit.ly/2kbvTty>
3. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัย. สถิติอุบัติเหตุ ระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล ปี 2561-2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [12 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairsc.com/thai-in-depth-data>
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมช้าง. รายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากทางการจราจร ปี 2565.
5. Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner (3rded.). Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
6. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย. เครื่องมือ 5 ขั้นที่ทำให้การขับเคลื่อนกลไก ศปถ. ไปสู่ผลลัพธ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [10 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: http://www.roadsafetythai.org/download_infodetail-clip-554.html
7. สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วม โดยอาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่ จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 26(2):48-59; 2557
8. เกษมสุข กันชัยภูมิ. การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 7(2):82-92; 2565

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลบุสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

Effects of Modifying Liver Fluke Prevention Behaviors of People at Risk in Bu Sung Subdistrict, Wang Hin District, Sisaket Province

(Received: September 23, 2023 ; Revised: September 28, 2023 ; Accepted: September 29, 2023)

สมาน อารี^{1*}

Samarn Aree*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลบุสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลบุสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลบ่อแก้ว อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 15 กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรม โรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเสี่ยง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of modifying liver fluke prevention behaviors of people at risk in Bu Sung Subdistrict, Wang Hin District, Sisaket Province. The sample group was divided into two groups, with 30 people in each group, resulting in a total of 60 participants. The comparison group consisted of elderly individuals in Bo Kaeo Subdistrict, Wang Hin District, Sisaket Province. The experimental group received the program for a period of 8 weeks, while the comparison group received normal care. Data were collected using questionnaires administered before and after the experiment. Data analysis was conducted between 15 July 2023 and 15 September 2023, using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, and 25th and 75th percentiles. The difference in mean scores of variables within the group was compared using the paired t-test, while the difference in mean scores among the groups was analyzed using the independent t-test. The significance level was set at 0.05. After the experiment, the mean scores for Knowledge about liver fluke disease, attitude towards prevention of liver fluke disease, perception of risk of liver fluke disease, perception of severity of liver fluke disease, perception of benefits of prevention of liver fluke disease, liver, perceived barriers to liver fluke disease prevention, social support for liver fluke disease prevention, intention to prevent liver fluke disease, perceived self-efficacy in liver fluke disease prevention, and preventive behavior of liver fluke disease in the

¹ *โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

experimental group were significantly higher than those in the comparison group. These differences were found to be statistically significant at the 0.05 level.

Keywords: Behavior, Liver fluke disease, Risk groups

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของกลุ่มประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของประเทศไทย มีอุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงประมาณ ร้อยละ 46 ถึง ร้อยละ 60.8¹ และการติดพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี² การติดโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบๆ ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ ผู้ติดโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถรักษาได้ด้วยยา praziquantel อย่างไรก็ตามการเคยได้รับการรักษาด้วยยาดังกล่าวไม่มีผลต่อความต้านทานในการติดโรคซ้ำ³ ดังนั้น หากประชาชนยังกินปลาดิบเป็นประจำ การติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและกลุ่มนี้มีโอกาสพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดี⁴ นอกจากนี้มะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับจัดเป็น 1 ใน 10 อันดับของสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตสูงที่สุดของประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของประเทศไทย⁵ พยาธิใบไม้ตับที่ก่อโรคในประเทศไทย คือ *Opisthorchis viverrini* พยาธิตัวเต็มวัยพบอยู่ในท่อน้ำดีของคน ซึ่งสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูล ปลาตะเพียนที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อย ปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาร้าดิบ หรือส้มตำใส่ปลาร้าดิบเป็นต้น ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน เมื่อคนรวมทั้งสุนัขและแมว ซึ่งเป็นสัตว์รังโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้รับพยาธิใบไม้ตับจากการกินปลาดิบที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อ (*Metacercaria*) ตัวอ่อนจะเคลื่อนจากลำไส้เข้าสู่ท่อน้ำดี พัฒนาเป็นตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีและออกไข่ปนออกมา กับอุจจาระลงสู่แหล่งน้ำ ตัวอ่อนจะไชออกจากไข่เข้าสู่หอยและพัฒนาเป็นตัวอ่อนระยะแรก (*Cercaria*) ซึ่งจะไชเข้าปลาเพื่อพัฒนาเป็นตัวอ่อน

ระยะติดต่อเข้าสู่คนต่อไป⁵ หรือเข้าสู่ร่างกายด้วยการรับประทานอาหารไม่ผ่านการปรุงสุก เช่น ปลาตะเพียน ปลาชิว ปลาสร้อย หรือปลาจากการแปรรูปหมักดอง เช่น ปลาร้า⁶ โดยคนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าคนที่ไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 16 เท่า⁷ โดยอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁸ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในบัญชีโรคของคนยากจนที่ถูกกล่เล่ และสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) ได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ 1 ที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในคน⁹

แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีหลายแนวทาง เช่น การให้ความรู้ การสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจากการศึกษาของลักษณะ มาคะพุฒ และคณะ (2565)¹⁰ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องต่อการป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ และคณะ (2565)⁴ ศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และผลการตรวจพบไข่พยาธิลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง จังหวัดศรีสะเกษ จากการสุ่มตรวจจู่โจมหาความชุกโรคหนองพยาธิพบพยาธิใบไม้ตับสูงสุดในเขตอำเภอวังหิน ร้อยละ 7.15 รองลงมาคือ อำเภอโนนแก้ว ร้อยละ 4.38 และอำเภอปรังค์ภู ร้อยละ 3.45 และอำเภอวังหินมีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งตับท่อน้ำดีจำนวน 10 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 19.78 ต่อแสนประชากร¹¹ ตำบลสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ มีหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด 22 หมู่บ้าน 2,414 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 9,905 คน แยกเป็นชาย 5,026 คน หญิง 4,879 คน จากการสุ่มตรวจจู่โจมหาความชุกโรคหนองพยาธิในพื้นที่ตำบลสูง พบอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 3.14 (รองจากตำบลส่วนใหญ่ที่พบอัตราชุกร้อยละ 13.37) ซึ่งสูงเกินค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตราชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับไม่เกินร้อยละ 3 นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารจากปลาน้ำจืดดิบ เช่น ปลาร้าดิบ ก้อยปลาดิบและปลาสดดิบ ป่วยด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี และยังไม่มียุทธศาสตร์หรือแนวทางที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง¹² จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อดู

ประสิทธิผลของโปรแกรมว่ามีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ และประยุกต์ใช้โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

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

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม อิสระจากกันตามสูตรของ Lemeshow (1990)¹³ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 30 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลบ่อแก้ว อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสูง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสูง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดศรีสะเกษ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงบทบาทสมมติ และการเยี่ยมเสริมพลัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ การดื่มสุรา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แหล่งที่มาของข้อมูล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6

ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.80 ทักษะต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.84 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.78 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.86 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.76 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.84 ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.88 และ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค เท่ากับ 0.86 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

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

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPh 2023-117 ลงวันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 40.83 ปี (S.D. = 11.94 ปี) มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่

มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 86.7 มีมัธยฐานของรายได้ 6,150 บาท (P25 = 2,000 บาท : P75 = 11,000 บาท) มีมัธยฐานของจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2.73 คน (P25 = 1.0 คน : P75 = 4.0 คน) ไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 63.3 มีการดื่มสุรา ร้อยละ 63.3 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 66.7 และแหล่งที่มาของข้อมูลคือบุคคลอื่นๆ ร้อยละ 53.3 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีอายุเฉลี่ย 41.67 ปี (S.D. = 7.31 ปี) มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 76.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 90.1 มีมัธยฐานของรายได้ 6,650 บาท (P25 = 4,000 บาท : P75 = 13,000 บาท) มีมัธยฐานของจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2.50 คน (P25 = 2.0 คน : P75 = 4.0 คน) ไม่เคยรับประทานยา

ถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 56.7 มีการดื่มสุรา ร้อยละ 60.0 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 60.0 และแหล่งที่มาของข้อมูลคือบุคคลอื่นๆ ร้อยละ 70.0 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะคิดต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมในการป้องกันของโรคระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ประเด็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	95%CI	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนการทดลอง	10.86	2.68	10.50	3.13	0.36	-1.14-1.87	0.48	0.628
หลังการทดลอง	14.30	1.05	10.60	3.58	3.70	2.33-5.06	5.41	<0.001**
ทักษะคิด								
ก่อนการทดลอง	8.33	3.13	8.23	3.19	0.10	-1.53-1.73	0.12	0.902
หลังการทดลอง	25.96	2.38	6.03	2.66	19.93	18.73-21.13	33.18	<0.001**
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
ก่อนการทดลอง	6.60	1.67	6.80	1.54	0.20	-0.63-1.03	0.48	0.631
หลังการทดลอง	12.03	1.79	6.46	2.50	5.57	4.44-6.69	9.91	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรง								
ก่อนการทดลอง	7.26	1.52	7.00	1.57	0.26	-0.53-1.06	0.66	0.508
หลังการทดลอง	13.30	1.52	7.53	1.57	5.77	4.89-6.63	13.29	<0.001**
การรับรู้ประโยชน์								
ก่อนการทดลอง	8.56	0.56	8.50	1.04	0.06	-0.36-0.50	0.30	0.759
หลังการทดลอง	12.66	1.78	8.56	0.89	4.10	3.36-4.83	11.22	<0.001**
การรับรู้อุปสรรค								

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการป้องกันของโรคระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ประเด็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	95%CI	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
ก่อนการทดลอง	4.46	0.57	4.56	0.62	0.10	-0.20-0.40	0.64	0.520
หลังการทดลอง	12.93	2.58	5.16	0.69	7.77	6.78-8.74	15.88	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม								
ก่อนการทดลอง	16.16	4.33	17.16	6.04	1.00	-1.71-3.71	0.73	0.464
หลังการทดลอง	25.13	4.60	17.86	5.85	7.27	4.54-9.98	5.34	<0.001**
ความตั้งใจในการป้องกันโรค								
ก่อนการทดลอง	11.13	2.84	10.16	2.70	0.97	-0.46-2.40	1.34	0.183
หลังการทดลอง	26.80	2.67	7.83	1.82	18.97	17.78-20.14	32.14	<0.001**
การรับรู้ความสามารถของตน								
ก่อนการทดลอง	16.90	5.42	16.60	5.61	0.30	-2.55-3.15	0.210	0.834
หลังการทดลอง	27.10	1.62	9.73	2.11	17.37	16.39-18.34	35.64	<0.001**
พฤติกรรมการป้องกันของโรค								
ก่อนการทดลอง	21.4	4.09	18.6	5.32	2.80	0.34-5.25	2.28	0.026
หลังการทดลอง	47.96	5.41	12.4	4.32	35.56	33.03-38.10	28.09	<0.001**

**p-value<0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.70 คะแนน (95% CI = 2.33-5.06) รายละเอียดตามตารางที่ 1

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย

ของทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อ

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับสูง

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ
การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม

เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 17.37 คะแนน (95% CI = 16.39-18.34)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 35.56 คะแนน (95% CI = 33.03-38.10)

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลบุสูง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะคิดต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของ

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ประกอบด้วยกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การเล่าสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ กิจกรรมการเล่าประสบการณ์เรื่องการป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและแนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค กิจกรรมรู้ตัว ตื่นตัว และใส่ใจตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมถามตอบถึงความตั้งใจและทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมตรวจหาไข่พยาธิเพื่อกระตุ้นเตือน และกิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลังในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้โปรแกรมดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลบุสูง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา มาคะพุด และคณะ (2565)¹⁰ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรม การป้องโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ และคณะ (2565)⁴ ศึกษาประสิทธิผลของ หลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำ ตีในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จังหวัด ขอนแก่น พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ การ ปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำตีสูงกว่าก่อนการทดลองและสูง กว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) วรารัตน์ สังวะลี และคณะ (2563)¹⁴ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับใน แรงงานต่างด้าว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหลังได้รับโปรแกรมสุข ศึกษา มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) วรลักษณ์ เวฬุ และ คณะ (2562)¹⁵ ศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้าน ยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ บทบาท หน้าที่ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการปฏิบัติตน และความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p -value < 0.001) และ กิตติศักดิ์ ประ ครองใจ และคณะ (2564)¹⁶ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วน ร่วมตำบลพรสำราญ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

พบว่า ภายหลังการดำเนินงานกลุ่มเป้าหมายมี ระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติตัวและการมีส่วน ร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคะแนนเฉลี่ย สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นไปตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัย ควรนำโปรแกรมไป ประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอวังหิน หรือขยายผลไป ในพื้นที่อื่น หรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ที่เกิด ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิผล สูงสุด
2. ควรศึกษาหารูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม ผสมผสาน และ ให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วม โดยการพัฒนารูปแบบภายใต้บริบทของพื้นที่ ภายใต้ข้อมูลที่เป็น ปัจจุบันจนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมแก้ไข ปัญหาพื้นที่ได้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Sithithaworn P, Andrews R, Van De N, Wongsaraj T, Sinuon M, Odermatt P, et al. The current status of opisthorchiasis and clonorchiasis in the Mekong Basin. *Parasitology Int* 2012; 61:10-6.
2. Sriamporn S, Pisani P, Pipitgool V, Suwanrungrung K, Kamsa-ard S, Pakin D.M. Prevalence of *Opisthorchis viverrini* infection and incidence of cholangiocarcinoma in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Tropical Medicine and International Health* 2004; 9: 588-94.



- 3.Sirisinha S, Tuti S, Tawatsin A, Vichasri S, Upatham E, Bunnag D. Attempts to induce protective immunity in hamsters against infection by a liver fluke of man (*Opisthorchis viverrini*). *Parasitology* 1983; 86: 127-136.
- 4.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, เกษร แก้วโนนงิ้ว และ สุมาลี จันทลักษณ์. (2565). ประสิทธิภาพของหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มิถุนายน-กันยายน 2565)
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางและประเด็นการวิจัยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, 24-26 กรกฎาคม 2561, โรงแรมพหลแมน ขอนแก่น ราชาอดีต, ขอนแก่น.
- 6.Sripa B, Pairajkul C. Cholangiocarcinoma: lessons from Thailand. *Curr Opin Gastroenterol* 2008; 24: 349-56.
- 7.ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์ และสรุณา แก้วพิบูลย์. (2559). พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 12. 1: 49-63.
- 8.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ ศศิธร เจริญประเสริฐ กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ พุทธิไกร ประมวล และศักรินทร์ บุญประสงค์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆ ดิบๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 28 (ฉบับที่ 6), 974-985.
- 9.Zuckerman A. J. (1995). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. *Journal of Clinical Pathology*, 48(7), 691.
- 10.ลักขณา มาคะพุด จุฑามาศ นพรัตน์ และมนัสนันท์ ลิ้มปิตยากุล. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนันทกรรมสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (เมษายน - มิถุนายน 2565).
- 11.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). รายงานสรุปผลการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษประจำปีงบประมาณ 2565. การประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- 12.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังหิน. (2565). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2565.
- 13.Lemeshow S, Hosmer D.W, & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons Inc; 1990.
- 14.วรารัตน์ สังวาลี จุน หน่อแก้ว และ จิรวุฒิ กุจะพันธ์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในแรงงานต่างด้าว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563.
- 15.วรลักษณ์ เวฬุ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ จมากรณ์ ใจภักดี. (2562). รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2562.
- 16.กิตติศักดิ์ ประครองใจ สมุทนา กลางคาร และ สมศักดิ์ ศรีภักดี. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมตำบลพรสำราญ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564.

ผลของความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effects of cooperation between relatives and patients on changing self-care behavior of uncontrolled hypertensive patients in the area of responsibility of Phu Sing Hospital, Sisaket Province

(Received: September 23,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

ชिरากร บุญลี¹

Chirakorn Boonlee*

สมคิด สุภาพันธุ์**

Somkid Suphapan**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 37 คน รวม 74 คน คือ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทาง ปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 17 พฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่าง กลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ย ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดัน โลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรง สนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองสูง กว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองโปรแกรมพัฒนาขึ้นสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ความร่วมมือ พฤติกรรม การดูแลตนเอง ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of cooperation between relatives and patients on changing self-care behavior of uncontrolled hypertensive patients in the area of responsibility of Phusing Hospital, Sisaket Province. The sample group was divided into two groups, with 37 people in each group, resulting in a total of 74 participants. The comparison group consisted of uncontrolled hypertensive patients in the area of responsibility of Khukhan Hospital. The experimental group received the program for a period of 12 weeks, while the comparison group received normal care. Data were collected using questionnaires administered before and after the experiment. Data analysis was conducted between 17 February 2023 and 17 May 2023, using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, and 25th and 75th percentiles. The difference in mean scores of variables within the group was compared using the paired t-test, while the difference in mean scores among the groups was analyzed using the independent t-test. The significance level was set at 0.05. After the experiment, the difference in

¹ โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

the mean scores of knowledge about high blood pressure, perceived risk of high blood pressure, perceived severity of high blood pressure, and perceived benefits in preventing high blood pressure among uncontrolled hypertensive patients in the experimental group were significantly higher than those in the comparison group, with statistical significance at the 0.05 level. The results of the research indicate that the developed program was able to positively influence the self-care behavior of patients with uncontrolled high blood pressure in the responsibility area of Phusing Hospital, Sisaket Province, and it achieved the intended effectiveness.

Keywords: Co-operation, behavior, self-care, Uncontrolled hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นต้องรักษาตลอดชีวิต ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาผู้ป่วย สาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร สังคม เศรษฐกิจและวิถีการดำเนินชีวิต เช่น ความเครียด ความเร่งรีบในการรับประทานอาหาร การไม่ออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียจากภาวะแทรกซ้อน 5.7 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบว่ามีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและมีการคาดการณ์ว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ในปีพ.ศ.2568¹ มีสถิติมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,478 ราย อัตราตาย 389 รายต่อประชากรแสนคนซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ มีเพียงร้อยละ 20.9 และไม่ทราบว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.9 โดยมีเพียง 1 ใน 4 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่ง

ภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็นจึงมักจะถูกเรียกว่าเป็นฆาตกรเงียบ (Silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าและความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่าหากไม่รักษาหรือควบคุมความดันโลหิตให้คงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุของทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญ¹¹ หากควบคุมความดันให้ปกติการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติช่วยลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 25 และลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 36.8¹⁰ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช้ยาลดความดันโลหิต แต่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้และลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้มากกว่ากลุ่มที่เข้ายาแต่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดการเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้

จากรายงานสถิติสาธารณสุขในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 1,306,070 ราย 1,363,616 ราย และ 1,462,433 รายตามลำดับ และเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างปีพ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 7,930 ราย 8,525 รายและ 8,590 รายซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น⁸ สำหรับสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยความ

ดันโลหิตสูงจำนวน 491 คนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 219 คนคิดเป็นร้อยละ 44.6⁵ เมื่อเทียบกับพื้นที่ใกล้เคียงสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่เขตบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่สูงกว่าเขตพื้นที่อื่นๆ หากจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ยังมีสัดส่วนที่ไม่ลดน้อยลงหรือเพิ่มขึ้นก็จะเป็นปัญหาการเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรงในอนาคตได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่อำเภอภูสิงห์พบผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คิดเป็นร้อยละ 0.24 ราย โรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.24 ทพพลภาพ จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ของผู้ป่วยทั้งหมด

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในรายที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้นเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานติดต่อกัน โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ต้องรักษาตลอดชีวิตทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาผู้ป่วย สาเหตุของการเกิดโรคมาจากการปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน เช่น ความเครียด ความเร่งรีบในการรับประทานอาหารการไม่ออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาให้ทันท่วงทีก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในลำดับต้นๆ การให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับประชาชนเป็นวิธีการที่สามารถลดอัตราการป่วย พิจารณาจากภาวะแทรกซ้อน และตายจากโรคความดันโลหิตสูงได้ แนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าวคือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใส่ใจดูแลตนเองอย่าง

เคร่งครัด ตระหนักและใส่ใจตนเองให้มากขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยการติดตามเสริมพลังปลุกการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้น จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อดูผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นว่ามีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ และใช้เป็นโอกาสในการขยายผลการทดลองใช้โปรแกรมดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เกิดการดูแลตนเองและสามารถดำเนินชีวิตตามปกติสุขในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

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

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Populations) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากรเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2566 2)

สมัครใจร่วมโครงการ 3) สามารถร่วมกระบวนการจนครบกระบวนการ

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรของ Lemeshow (1990) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 37 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอสว่างวีรกรรม จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการคำนวณ จำนวน 37 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอสว่างวีรกรรม จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการคำนวณ จำนวน 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของด้านคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงผ่านกิจกรรมการเล่าประสบการณ์เพิ่มสำนึกเรื่องความดันโลหิตสูง กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและ

ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการทำให้คุณค่าและกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.78 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.74 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.80 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.76 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.82 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร

ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-021 ลงวันที่ 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.9 มีอายุเฉลี่ย 64.54 ปี (S.D. = 10.85 ปี) จบ การศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อย ละ 35.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.9 มีอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 32.4 มีมัธยฐานของรายได้ของ ครอบครัวต่อเดือน 3,000 บาท (P25 = 2,000 บาท : P75 = 3,000 บาท) และมีมัธยฐานของระยะเวลา

การป่วยโรคความดันโลหิตสูง 7 ปี (P25 = 3 ปี : P75 = 10 ปี) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.1 มีอายุเฉลี่ย 64.22 ปี (S.D. = 10.65 ปี) จบ การศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อย ละ 37.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.3 มีอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 35.1 มีมัธยฐานของรายได้ของ ครอบครัวต่อเดือน 3,000 บาท (P25=3,000 บาท : P75=6,000 บาท) และมีมัธยฐานของระยะเวลา การป่วยโรคความดันโลหิตสูง 7 ปี (P25=4 ปี : P75=13 ปี) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการ รับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การ รับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการป้องกันของโรค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการ ป้องกันของโรค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ประเด็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	95%CI	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
ความรู้เกี่ยวกับโรค								
ก่อนการทดลอง	12.24	1.84	12.64	1.35	-0.40	-1.15-0.34	-1.07	0.285
หลังการทดลอง	14.37	0.98	9.35	1.82	5.02	4.34-5.70	14.73	<0.001**
ทักษะการ								
ก่อนการทดลอง	7.51	0.83	7.59	0.89	-0.08	-0.48-0.32	-0.40	0.688
หลังการทดลอง	11.18	1.48	7.89	0.90	3.29	2.72-3.86	11.51	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรง								
ก่อนการทดลอง	7.10	1.42	6.94	1.63	0.16	-0.54-0.87	0.45	0.650
หลังการทดลอง	9.48	1.66	7.45	1.69	2.03	1.24-2.80	5.19	<0.001**
การรับรู้ประโยชน์								
ก่อนการทดลอง	8.56	0.55	8.45	0.90	0.11	-0.23-0.45	0.62	0.536
หลังการทดลอง	11.02	1.64	7.78	0.67	2.24	1.66-2.82	7.69	<0.001**
การรับรู้อุปสรรค								
ก่อนการทดลอง	4.37	0.54	5.48	1.98	1.11	1.78-0.43	3.28	0.001**
หลังการทดลอง	9.10	2.31	5.40	1.01	3.70	2.87-4.53	8.90	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม								
ก่อนการทดลอง	15.75	4.15	16.24	6.10	-0.49	-2.90-1.93	-0.40	0.689

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิด การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการ ป้องกันของโรค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ประเด็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	95%CI	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
หลังการทดลอง	19.86	4.05	16.32	6.30	3.54	1.08-5.99	2.87	0.005**
พฤติกรรมการป้องกันของโรค								
ก่อนการทดลอง	44.56	5.07	43.16	5.14	1.40	-0.96-3.77	1.18	0.240
หลังการทดลอง	48.00	5.32	42.29	6.67	5.71	2.90-8.50	4.06	0.0001**

จากตารางที่ 1 พบว่า

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.02 คะแนน (95% CI = 4.34-5.70)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.29 คะแนน (95% CI = 2.72-3.86)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ระหว่าง

กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.03 คะแนน (95% CI = 1.24-2.80)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.24 คะแนน (95% CI = 1.66-2.82)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.70 คะแนน (95% CI=2.87-4.53)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.005$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.54 คะแนน (95% CI = 1.08-5.99)

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.0001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.71 คะแนน (95% CI = 2.90-8.50)

4. การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน ทักษะการดูแลด้านจิตใจ ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73 มีอายุเฉลี่ย 60.97 ปี (S.D. = 12.56 ปี) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.4 มีมีฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 2,000 บาท ($P_{25}=2,000$ บาท : $P_{75}=5,000$ บาท) และมีมีฐานของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4 ปี ($P_{25}=3$ ปี : $P_{75}=10$ ปี) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน ทักษะการดูแลด้านจิตใจ ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ประเด็น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Diff	95%CI	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
สัมพันธภาพในครอบครัว	45.51	6.08	54.08	6.86	8.56	5.22 - 11.90	6.98	<0.001**
การรับรู้ความเสี่ยงของโรค	8.76	1.98	12.62	1.06	3.86	2.83 - 4.89	10.22	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	8.32	2.28	13.57	1.59	5.24	3.99 - 6.49	11.41	<0.001**
ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน	8.73	2.53	12.11	1.98	3.37	2.05 - 4.70	6.95	<0.001**
ทักษะการดูแลด้านจิตใจ	7.95	2.49	12.95	1.85	5.00	3.45 - 6.54	8.80	<0.001**

จากตารางที่ 2 พบว่า การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อน

การทดลองและหลังการทดลอง หลังการทดลองผลต่างของสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนทดลอง 8.56 คะแนน (95% CI = 5.22-11.90)

การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตที่สูงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง หลังการทดลองผลต่างของการรับรู้ความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตที่สูงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตที่สูงสูงกว่าก่อนทดลอง 3.86 คะแนน (95% CI = 2.83-4.89)

การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตที่สูงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง หลังการทดลองผลต่างของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตที่สูงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตที่สูงสูงกว่าก่อนทดลอง 5.24 คะแนน (95% CI = 3.99-6.49)

การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง หลังการทดลองผลต่างของทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนทดลอง 3.37 คะแนน (95% CI = 2.05-4.70)

การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลด้านจิตใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง หลังการทดลองผลต่างของทักษะการดูแลด้านจิตใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะการดูแลด้านจิตใจสูงกว่าก่อนทดลอง 5.00 คะแนน (95% CI = 3.45-6.54)

สรุปและอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมภายใต้บริบทของพื้นที่ มีการทบทวนวรรณกรรม และผู้ที่เข้าร่วมร่วมในการพัฒนาโปรแกรมเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาประเด็นดังกล่าว ประกอบกับการออกแบบกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายที่ต้องการวัด เช่น กิจกรรมการเล่าประสบการณ์เพิ่มสำนึกเรื่องความดันโลหิตสูง กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้คุณค่าและกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง จึงส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทรา ด้วงใส และคณะ (2564)⁶ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=$

4.61, $p < 0.001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.30$, $p < 0.001$) และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยด้านการรับประทานอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.70 ($SD = 4.13$) ด้านการออกกำลังกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.63 ($SD = 8.20$) และด้านการรับประทานยา มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.36 ($SD = 5$) ศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ (2564)⁷ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ($MEAN = 137.5$, $S.D = 10.91$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($MEAN = 149.30$, $S.D = 10.39$) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังได้รับโปรแกรม ($MEAN = 85.03$, $S.D = 9.59$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($MEAN = 95.83$, $S.D = 8.62$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ กัตติกา วัชระพันธ์ (2562)² พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกับก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีสัดส่วนระดับความดันโลหิตดีกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 นพภรณ์ จันทรศรี (2563)³ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ($Mean = 2.52$, $SD = 1.73$) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($Mean = 2.15$, $SD = .366$) และมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ ($Mean = 2.04$, $SD = .219$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2,001 ($p\text{-value} < 0.000$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ซึ่งได้ถือและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 ($p\text{-value} < 0.001$) มาลีชะห์ มะเก็ง (2560)⁴ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับ น้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (99.28 และ 81.34, 127.91 และ 199.94 mg/dl ตามลำดับ. $p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีความเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน



เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอสุรินทร์ หรือขยายผลไปในพื้นที่อื่น หรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีประสิทธิผลสูงสุด

2. ควรศึกษาหารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แบบมีส่วนร่วม ผสมผสาน และให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วม โดยการพัฒนารูปแบบภายใต้บริบทของพื้นที่ ภายใต้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมสามารถแก้ไขปัญหาพื้นที่ได้จริง

เอกสารอ้างอิง

- 1.กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข. (2562). ประเด็นสารณรงควันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562 สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค.
- 2.กัตติกา วังทะพันธ์. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- 3.นพารณ จันทรศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- 4.มาลีสะห์ มะเก็ง. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม. วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- 5.โรงพยาบาลสุรินทร์. (2565). แฟ้มประวัติทะเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ.
- 6.ศิรินทรา ดวงใส และ ทิพมาส ชินวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 41 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564.
- 7.ศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่ตอนต้น. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564.
- 8.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2556). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2556. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ สามเจริญพาณิชย์.
- 9.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ สามเจริญพาณิชย์.
- 10.Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et.al. (2013). ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension.
- 11.Thanamai Y, Photisat S, Archayindee S, et al. (2012). Awareness guide for hypertension self care. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill. Thai.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Acute Ischemic Stroke Patients Receiving Intravenous Thrombolysis: 2 Case Studies

(Received: September 24, 2023 ; Revised: September 28, 2023 ; Accepted: September 29, 2023)

มรดก หมอกไชย¹

Moradok Mokchai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหา ปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) โรงพยาบาลขอนแก่น มาโดยระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke fast track เป็นผู้ป่วยระยะวิกฤต ทั้ง 2 ราย ที่มีโรคร่วม และผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสูง การเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันทั้ง 2 ราย ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนและส่งต่อ ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการรักษาปัญหาที่ตรวจพบในขณะที่อยู่รักษา

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน, ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ, ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน, หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต

Abstract

This study was case study aimed to provide the nursing care guidelines for acute ischemic stroke patients receiving intravenous thrombolysis This study was comparative study of 2 case studies from the crisis phase, rehabilitation and continuing care phase and discharge planning phase. Data were collected based on the concept of Gordon's 11 Functional Health Patterns to investigate patients' problems, formulate nursing diagnoses to plan nursing practice, summarize and evaluate nursing results.

Results: This study compared 2 acute ischemic stroke patients who received intravenous thrombolysis and were admitted to the Stroke Unit, Khon Kaen Hospital through Stroke Fast Track. Both of them were critically ill patients with comorbidities. The patients were old, considered a high-risk factor. Both of them were admitted to the community hospital and referred to Khon Kaen Hospital. The patients had respiratory failure. A ventilator must be used together with treatment for problems discovered while in treatment.

Keywords: Acute ischemic stroke, intravenous thrombolysis, Stroke Fast Track, Stroke Unit

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤติทางระบบประสาท¹ (Neurological emergency) องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ทั่วโลกว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็น

สาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สำหรับประเทศไทยปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aged Society) แล้ว โดยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2564

¹ โรงพยาบาลขอนแก่น

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยมีการศึกษาของ Johnson et al. (2016)²⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการตอบโต้โรคหลอดเลือดสมองโดยกล่าวว่า องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2559 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจ และอุบัติเหตุ² โรคหลอดเลือดสมองมีความชุกสูงขึ้นจาก 690 เป็น 2,460 คนต่อประชากร 100,000 คนในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา และโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการเสียชีวิต อัตราการพิการที่สูงอันดับต้นๆ ของประเทศไทย การสูญเสียสุขภาพโดยผู้ที่รอดชีวิตมักหลงเหลือความพิการอยู่³ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความบกพร่องของระบบไหลเวียนเลือดในสมอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง จนเกิดการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง เป็นผลให้สมองทำงานผิดปกติ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการทำลายเนื้อสมอง ได้แก่ มีอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรืออาจมีอาการรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ส โดยอาการเหล่านี้จะอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 17 ล้านคน อีกทั้งยังพบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 795,000 คนต่อปี และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 77 ล้านคนโดยในจำนวนนี้จะเป็นผู้ป่วยรายใหม่กว่า 23 ล้านโรคหลอดเลือดสมองยังมีความรุนแรง แม้อัตราการตายจะมีแนวโน้มลดลง และชะลอตัวในบางปี แต่ก็กลับมามีอัตราที่สูงขึ้นอีก แต่ในขณะที่อัตราการตายชะลอตัวอยู่นั้น อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะสะท้อนให้เห็นว่าการรอดชีวิต ด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้น การตายจึงลดลง แต่การเกิดโรคและการป่วย

ไม่ได้ลดลง⁵ ดังนั้นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญมาก เป้าหมายการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลัน คือ การพยายามทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่เรียกว่า Ischemic Penumbra ให้ได้เร็วที่สุด เนื่องจากหลังการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตันแล้วพบว่าบริเวณของเนื้อสมองส่วนหนึ่งที่ยังไม่ตายนั้นถึงแม้ว่าจะสูญเสียความสามารถในการทำงานไปแล้วก็ตาม และเนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติ ถ้าสามารถช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นได้เร็วพอ ซึ่งเนื้อสมองส่วนนี้เรียกว่า Ischemic Penumbra เพราะสามารถเปลี่ยนการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ยา Recombinant Tissue - Plasminogen Activator (rt-PA) เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่มีข้อมูลทางการแพทย์ ในการใช้เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลันมากที่สุดในปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตนั้น จะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่มากนักขึ้นอยู่กับเนื้อสมองที่ถูกทำลายไป และต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อมิใช่ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้นผู้ดูแล แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอีกด้วย และเป็นสาเหตุการสูญเสียสุขภาพะ นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดก่อให้เกิดความสูญเสียตามมา

จากรายงานสถิติของเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขต 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2561-2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 3,307 คนต่อประชากร 1 แสนคน เป็น 7,071 คนต่อประชากร 1 แสนคน

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้รับการจัดกลุ่มโรคที่มีภาวะฉุกเฉิน จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร็วที่สุดโดยไม่จำเป็นต้องสำรองค่ารักษาพยาบาลใน

72 ชั่วโมงภายใต้โครงการ Universal Coverage for Emergency Patients; UCEP ระบบบริการ Stroke Fast Track เป็นการจัดระบบบริการช่องทางด่วน เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ²⁴ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในทุกระยะ โดยเฉพาะในขณะให้ยาและหลังให้ยาใน 24 ชั่วโมงแรก ต้องเฝ้าระวังสังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต ได้แก่ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และภาวะสมองบวม โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางให้การพยาบาลเฝ้าระวังและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่นปี 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากถึง 2,989 ราย, 2,993 ราย และ 2,998 รายต่อปี ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิต 8.33, 8.27 และ 6.64 ต่อปี ตามลำดับ ส่วนผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความรู้สึกกลายเปลี่ยนภาระให้กับคนในครอบครัว สูงถึงร้อยละ 80 จากการทบทวนงานวิจัย เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม โดยผลกระทบต่อร่างกาย เช่น การรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) ความบกพร่องในการรับรู้ (perceptual impairment) ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (movement impairment), ความบกพร่องด้านการสื่อสาร (communication disorder), ความบกพร่องด้านการกลืนอาหาร

(dysphagia), การควบคุมการขับถ่าย (incontinence)

¹⁹ ผลกระทบต่อจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล ²⁰ และผลกระทบต่องสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาท การสูญเสียรายได้ และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล ²¹

จึงมีการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2553 โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงหลัง และจัดตั้งหอผู้ป่วย Stroke unit และมีโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบครบวงจรโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการตนเองได้ ทำให้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่เพิ่มมากขึ้น และการกลับมาเป็นซ้ำผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) จากประสบการณ์ปฏิบัติงานพบว่า การประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา ในบทบาทการศึกษาผู้ป่วย เรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยการซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทาง



ห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการรักษาของแพทย์ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน²² เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล

กรณีศึกษา

ประวัติและการประเมินสภาพร่างกาย และ อาการแรกรับเวลา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	70 ปี	85 ปี
ส่วนสูง	160 ซม.	155 ซม.
น้ำหนัก	52 กก.	36 กก.
BMI	20.31 (ปกติ)	14.98 (ผอมเกินไป ควรเพิ่มน้ำหนัก)
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
การศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	จบประถมศึกษาปีที่ 4
อาชีพ	ผู้สูงอายุ ไม่ได้ทำงาน	ผู้สูงอายุ ไม่ได้ทำงาน
การมีผู้ดูแล	บุตรสาว 1 คน	บุตรชาย 1 คน และบุตรสะใภ้
ที่อยู่	อ.พระยืน จ.ขอนแก่น	อ.หนองเรือ จ.ขอนแก่น
สิทธิบัตร	บัตรทองยกเว้นค่าธรรมเนียม	บัตรทองยกเว้นค่าธรรมเนียม
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เกร็ง อ่อนแรงมา 1 ชั่วโมง	ซึมลง มา 2 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	admit รพช (16 ตุลาคม 2565) โรงพยาบาลพระยืน มาด้วย ไข้ ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลียมา 1 วัน BP 210/88 mmHg., PR 80 ครั้งต่อนาที, RR 20 ครั้งต่อนาที, BT 36.5 องศาเซลเซียส, O2 sat 98% หายใจ Room air Treat as HT urgency with UTI 17 ตุลาคม 2565 เวลา 12.05 น. (On set เวลา 12.05 น.) ขณะนอนที่เตียง ญาติมาเรียกว่าผู้ป่วยชักเกร็ง เรียกไม่ตอบ ประเมิน GCS E4V1M3 pupil 2 mmRTLBE, ปากเบี้ยวข้างซ้าย แขนขาข้างซ้ายไม่ขยับ V/S 37. องศาเซลเซียส, PR 86 ครั้งต่อนาที, RR F, BP 125/66 mmHg. O2 sat 92% แพทย์พิจารณาใส่ ET Tube ชิด 22 No.7.5	Admit รพช. (28-30 พฤษภาคม 2566) โรงพยาบาลหนองเรือ 3 วันก่อนมา มีอาเจียน เป็นน้ำ ใส ถ่ายเหลว อาเจียน เป็นน้ำ ใส ถ่ายเหลว แพทย์วินิจฉัย เป็น Acute gastritis 1 วันหลังจำหน่ายจาก รพช อาการทุเลา ไม่มีไข้ ไม่อาเจียน 30 นาที (On set เวลา 08.00 น.) มีคนไปแจ้งว่าญาติพบผู้ป่วยนอนไม่รู้สึกตัว หายใจหอบ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลหนองเรือ แพทย์ประเมินตรวจร่างกาย PE: E1V1M4 pupil 3 mmRTLBE, Coma O2 sat 92% V/S 37.8 องศาเซลเซียส, PR 96 ครั้งต่อนาที,

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 17 ตุลาคม 2565 ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 85 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาบริการที่โรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke Fast Track ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) โรงพยาบาลขอนแก่น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	วินิจฉัยเบื้องต้น Acute Stroke เจาะ LAB , off ยาลดความดัน (ยา Nicardipine), DTX 70 mg% ให้ 50% glucose vein push ,on NSS 1000 ml vein 80 ml/hr, Retain Foley catheter . และให้ยา ATB Ceftriazone 2 gm vein Stat ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลพระยีน มาโรงพยาบาลขอนแก่น	RR F, BP 161/86 mmHg. พิจารณาใส่ ET Tube ชีด 20 No.7.0 เจาะLab , Lactie acid ,Hemo culther, DTX 171 mg% วินิจฉัยเบื้องต้น AFI with septic encephalopathy with acute RS failure R/O Sepsis ,on Acetar load 1500 ml then vein drip 100 ml/hr, Retain Foley catheter . และให้ยา ATB Ceftriazone 2 gm vein Stat , ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลหนองเรือมา รงพยาบาลขอนแก่น
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นมา 20 ปี มีประวัติรักษาไม่ต่อเนื่อง และขาดยา	โรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะการเต้นผิดปกติของคลื่นหัวใจ Atrial fibrillation รับประทานยา warfarin และยารักษาความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) มานานกว่า 20 ปี
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ	ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ
สิ่งเสพติด	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา
Risk factor	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง มีไขมันในเลือดสูง
การวินิจฉัยโรค	Acute Ischemic Stroke	Acute Ischemic Stroke
CT Brain แรกรับ	- No evidence of large territory cerebral or intracranial hemorrhage -underlying diffuse aging brain atrophy -small vessel disease along bilateral frontoparietal white matters	- No evidence of large territory cerebral infarction or in intracranial hemorrhage -lacunar infarction at anterior limb of right interal capsule ,left lentiform nucleus
CT Brain หลังให้ยา 24 ชั่วโมง	- no intracranial hemorrhage - Diffused brain atrophy	- No evidence of intracranial hemorrhage
สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	Stroke Fast Track ผู้ป่วย รู้สึกร้าว หายใจ On ET no 7.5 ชีด 20, ประเมินอาการผู้ป่วย E4VTM 6 อ่อนแรงซีกซ้าย V/S : BT 37.2 องศาเซลเซียส, PR 70 ครั้งต่อนาที, BP134/66 mmHg, PS =0 - HEENT: not pale no jaundice - Heart :normal S1S2 no murmur - Lung : Clear Abd : soft, not pale Ext : no edema Neuro = E4VTM6 V II  V V PP 3 mm RTEBE เจาะ Lab CBC, BUN, Elyte, PT, INR, LFT, Ca PO 4 MG - DTX 186 mg% - NSS 1000 ml 80 ml/L vein 80 ml/hr - CXR-clear	Stroke Fast Track ซึม หายใจ On ET no 7.0 ชีด 22 ประเมินอาการผู้ป่วย E1VTM4 V/S : BT 37.5 องศาเซลเซียส, PR 104 ครั้งต่อนาที, BP173/129 mmHg, PS =0 - HEENT: not pale , pink conjunctiva - Heart :normal S1S2 no murmur - Lung : RLL infiltration Abd : soft, not pale Ext : no edema Neuro = E1VTM5 IV I  I V I PP 2 mm RTEBE เจาะ Lab CBC, BUN, Elyte, PT, INR, LFT, Ca PO 4 MG - DTX 186 mg% - NSS 1000 ml 80 ml/L vein 80 ml/hr - CXR มี RLL infiltration



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- EKG-normal, noS1S2 - CT Brain Non Contrast Emergency no ICH Consult Neuro med ให้ rt-PA at ER และ admit หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ผู้ป่วย รู้สึกตัว หายใจ On ET no 7.5 ซีต 20, on Ventilator ประเมินอาการ GCS ผู้ป่วย E4VTM 6 อ่อนแรงซีกซ้าย NPO มี Hypokalemia EKG มี Sinus bradycardia V/S HR 33 ครั้ง /นาที่ BP 83/54 ได้รับการรักษา atropine 1 Amp vein ,on dopamine 2:1 vein drip 10 ml /hr และ dobutamine 2:1 vein drip 10 ml /hr adrenalin 10:1 vein drip 5ml /hr มีภาวะ hypo - Hyperglycemia ได้รับ Insulin เป็นระยะ V/S อาการเริ่มคงที่ ผู้ป่วยสามารถหย่าท่อช่วยหายใจได้ใน 3 วัน ต่อมาและจำหน่ายกลับบ้าน	EKG-NST ,AF - CT Brain Non Contrast Emergency no ICH Consult Neuro med ให้ rt-PA at ER และ admit หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ซึม หายใจ On ET no 7.0 ซีต 22 , on Ventilator ประเมินอาการ GCS ผู้ป่วย E1VTM4 NPO ต่อมาให้อาหารทางสายยาง BD 1:1 250x 4 feed มีภาวะมี Hypokalemia , hypo - Hyperglycemia ได้รับ Insulin เป็นระยะ ผู้ป่วยไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ถอดท่อออกแล้วได้ ใส่คินใหม่ มี vocal cord edema และ stenosis ส่งปรึกษาแพทย์ ENT ร่วมดูแลรักษา ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องได้สำเร็จ V/S อาการเริ่มคงที่ ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถหย่าท่อช่วยหายใจได้ใน 4 วัน ต่อมาและส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	พบ Cholesterol 146 mg/dL Triglyceride 368 mg/dL HDL- Cholesterol 21 mg/dL LDL- Cholesterol 51mg/dL INR 1.11 sec HbA1C 6.1mg % BUN 19 mg/dL Cr 1.29 mg/dL eGFR (CKD-EPI) 42.06 ml/min Alkaline phosphatase 77 AST (SGOT) 34 ALT (SGPT) 13 Albumin 3.2 g/dL Sodium 119 mmol/L Potassium 3.38 mmol/L Chloride 86 mmol/L HCO3 18.3 mmol/L WBC 5.1 103/uL Hemoglobin 7.6 g/dL Hematocrit 23.5% PLT 235 10³/uL Neutrophil 59.0% Lymphocyte 28.0%	พบ Cholesterol 144 mg/dL Triglyceride 90 mg/dL HDL- Cholesterol 45 mg/dL LDL- Cholesterol 81 mg/dL INR 1.4 sec HbA1C 6.2mg % BUN 13 mg/dL Cr 1.10 mg/dL eGFR (CKD-EPI) 45.89 ml/min Alkaline phosphatase 83 AST (SGOT) 28 ALT (SGPT) 9 Albumin 3.8g/dL Sodium 139 mmol/L Potassium 3.82 mmol/L Chloride 95mmol/L HCO3 23.6 mmol/L WBC 9.8 103/uL Hemoglobin 13.0 g/dL Hematocrit 43.2% PLT 187 10³/uL Neutrophil 80.3% Lymphocyte 11.5% Lactate 1.77 mmol/L
NIHSS Score แรกรับ	10	17
ระดับความรุนแรงของโรค (Modify Rankin Scale)	5 (มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด)	5 (มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
Barthel ADL index แรกรับ	0	0
Barthel ADL index วันจำหน่าย	90	0
การรักษา	น้ำหนักตัว 52 กิโลกรัม ได้รับยา rt-PA จำนวน 48.6 มิลลิกรัม (0.9 mg/kg)	น้ำหนักตัว 36 กิโลกรัม ได้รับยา rt-PA จำนวน 32 มิลลิกรัม (0.9 mg/kg)
รวมระยะวันนอน	4 วัน	10 วัน
ค่ารักษา	77,118	88,020
การวินิจฉัย	Acute cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries	Acute Cerebral infarction due to embolism of cerebral arteries

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน ของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตและต้องเร่งด่วนในการรักษา การพยาบาลในระยะวิกฤตการณ์ศึกษาทั้ง 2 ราย จะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน การพยาบาลที่สำคัญในระยะวิกฤต ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะวิกฤตเฉียบพลัน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกในสมอง เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพ ปกติ คือ อุณหภูมิ 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส หายใจ 16– 24 ครั้งต่อนาที ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 - 160/90 มิลลิเมตรปรอท และสัญญาณทางระบบประสาทปกติคือ ระดับความรู้สึก (glasgow coma score) ไม่ลดลงมากกว่า 2 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก การไหลกลับของเลือดจากสมองดีขึ้น ห้ามจัดท่านอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ 2. เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง, ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะอาการคงที่ ถ้า GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 รายงานแพทย์ทันที 3. ตรวจเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง, ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่า ผู้ป่วยจะอาการคงที่ หากพบสัญญาณชีพผิดปกติดังนี้ ระดับความดันโลหิต SBP >180 mmHg, DBP >105 mmHg, BT ≥ 38 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์ทราบ 4. เฝ้าระวังและประเมินอาการเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะ หรืออุจจาระเป็นเลือดอาการซึมลงซึ่งบ่งบอกว่าอาจมีเลือดออกในสมอง 5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 6. จัดทำหัตถการที่เสี่ยงต่อมีเลือดออก ได้แก่ ใส่สาย Foley catheterization within 2 hrs. ใส่ NG tube insertion within 24 hrs. Central venous access, arterial puncture muscular injection Antiplatelet medication for first 24 hrs. 7. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ 8. จัดน้ำงดอาหาร 9. Absolute bed rest

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองลดลง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เกณฑ์การประเมินผล 1.ระยะ Compensation -ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดง เช่น ง่วงซึม สับสน กระสับกระส่าย -รูม่านตาขยายระหว่าง 2-3 mm. และมีการตอบสนองต่อแสงทั้ง 2 ข้าง -ผู้ป่วยไม่มีอาการมองเห็นภาพซ้อน -ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ -ผู้ป่วยไม่มีอาเจียนพุ่ง -ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ สัญญาณชีพปกติ คือ - BT = 36.5-37.5 องศาเซลเซียส - PR = 60-100 ครั้ง/นาที - RR = 16-24 ครั้ง/นาที - BP = 180/105 mmHg. - O2 saturation = 95% 2. ระยะ Decompensation -ไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ Motor power อยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่ลดลงไปกว่าเดิม -ไม่มีการชักเกร็งของกล้ามเนื้อ -ไม่มีความผิดปกติในการพูด -ระดับคะแนน Glasgow Coma scale ไม่ต่ำกว่า 12 คะแนน หรือดีขึ้น	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดย 1.1 ระยะ Compensation - ประเมิน V/S N/S ทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที เป็นเวลา 6 ชั่วโมง และประเมินทุก 24 ชั่วโมง -สังเกตอาการสับสน ง่วงซึม กระสับกระส่าย และรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง ไม่ขนาดไม่เท่ากัน มองเห็นภาพซ้อน วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง 1.2 ระยะ Decompensation - ประเมิน V/S N/S ทุก 1 ชั่วโมง -สังเกตอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การชักเกร็งของกล้ามเนื้อและความผิดปกติของการพูด 2. จัดให้อนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อส่งเสริมให้มีการแพร่กระจายของน้ำไขสันหลังสู่ช่องว่างไขสันหลังอย่างอิสระ และมีการไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวก ถ้าจัดท่านอนศีรษะ <15 องศา จะส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ผลที่ตามมาทำให้แรงดันกำซาบสมองและความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น ถ้าจัดท่านอนศีรษะ > 30 องศา ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ลดลง สมองขาดออกซิเจน ทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้นไม่ควรถัดท่านอนราบ ท่านอนศีรษะต่ำ และท่านอนคว่ำ เพราะจะทำให้แรงดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น 3. ดูแลหลีกเลี่ยงการงอพับของคอและการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะอาจทำให้มีการกดหรือบีบหลอดเลือดดำ Jugular ส่งผลกระทบต่อการไหลเวียนของหลอดเลือดดำและการระบายน้ำไขสันหลัง ผลที่ตามมาเกิดภาวะเลือดคั่งในสมองทำให้ความดันกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้น 4. ป้องกันเกิด Valsalva maneuver ได้แก่กิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกหรือช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอการจามโดยแรง การออกแรงต้าน การผูกมัด การกลืนหายใจขณะพลิกตะแคงตัว เพื่อไม่ให้เกิดการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำในสมอง เกิดการคั่งของเลือดดำจากสมอง 5. ควบคุมอุณหภูมิของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5 – 37.4 องศา ถ้าสูงเกิน 38 องศา ควรเช็ดตัวลดไข้ ไม่ห่มผ้า เพราะถ้าอุณหภูมิการสูง จะทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง 6. ดูแลไม่ให้สะโพกหักพับงอเกิน 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองสะดวก 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ น้ำสารหารเป็น 0.9% NSS 1000 ml. vein drip 80 ml/hr. ตามแผนการรักษา 8. ดูแลประเมินทางเดินหายใจ สังเกตลักษณะการหายใจฟังเสียงหายใจเพื่อประเมินเสมหะอุดกั้น 9. Monitor EKG และ Monitor Oxygen Saturation
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองถูกทำลายการมีไข้ วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสมองถูกทำลาย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. ถ้าอุณหภูมิร่างกาย 37.6-38.0 องศาเซลเซียส ให้คลายผ้าออก เช็ดตัวลดไข้ โดยวิธี Tepid sponge หลังจากนั้น 30 นาทีวัดไข้ซ้ำ และดูแลให้ได้รับยา Paracetamol ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2.เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายพ้นหายจากการมีไข้ เกณฑ์การประเมินผล 1.สัญญาณชีพ ปกติ คือ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส หายใจ 16-24 ครั้ง ต่อนาที ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90-160/90 มิลลิเมตรปรอท 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น	3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และสารอาหารอย่างเพียงพอ 4. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 6.ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก สะอาดปราศจากเชื้อ เช่นการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย 7.ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้สะอาดอยู่เสมอ 8.แนะนำญาติให้ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย สวมใส่ Mask และงดญาติที่มีไข้หรือเป็นหวัดติดเชื้อผู้ป่วย 9.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผล CBC และ UA
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล 1.ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเขียว 2.อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-24 ครั้ง ต่อนาที 3.Oxygen Saturation $\geq 95\%$ 4.ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะ 5.ผล Arterial Blood Gas ปกติ	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อปมูวหนัง การขีด เขียว เพราะเป็นอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน 2.ประเมิน V/S ทุก 1 ชั่วโมง เพราะเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน 3.Monitor Oxygen Saturation $\geq 95\%$ 4.ดูแล Suction ให้ผู้ป่วยลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้เพิ่มขึ้น 5.ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานมีประสิทธิภาพดูแลไม่ให้สายหักพับงอ หรือมีน้ำคั่งค้างในสาย 6.จัดท่านอนศีรษะ เพราะทำให้กะบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 7.ดูแล Cuff Pressure ให้เหมาะสม 20-25 mmHg 8.ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพราะการพักผ่อนเป็นเตียงเป็นการลดการใช้ออกซิเจน 9.ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่คงที่ ไม่ให้สายท่อช่วยหายใจหักพับงอ 10.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับการรักษาด้วยอินซูลิน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 2. ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติ 80-180 mg%	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินและเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว อ่อนเพลีย เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม วิงเวียน มึนงง ตาพร่ามัว ซึ่งอาจทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ทุก 6 ชั่วโมง หรือตามการรักษาของแพทย์ 3. ดูแลรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ - กรณีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ดูแลให้ได้รับยาลดระดับน้ำตาล ได้แก่ RI 10 unit IV และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตาพร่ามัว เป็นต้น และดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ NSS 1,000 ml IV drip 60 ml /hr -กรณีน้ำตาลในเลือดต่ำ ดูแลให้ได้รับ 50% glucose 50 ml IV push และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่นอาจเกิดอาการเจ็บปวด ระคายเคืองเส้นเลือด หลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ตรงบริเวณที่เข้ายา เกิดอาการไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย บวมโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น และดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 10% D/NSS/2 1,000 ml IV drip 80 ml /hr 4. ติดตามวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่ 5. บันทึกจำนวน Intake และ Output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำ สารอาหารเนื่องจากงดการให้น้ำทางปาก วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส 2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ผิวหนังชุ่มชื้น ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมิน V/S, V/S ทุก 1 ชั่วโมง 2. สังเกตภาวะขาดสารน้ำ เช่น ผิวหนังแห้ง กระหม่อมบวม ตาลึก ปัสสาวะออกน้อย ตัวเย็น ชีพเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและควบคุมการหยดของสารน้ำให้ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ NSS 1,000 ml IV drip 80 ml/hr 4. ติดตามผลการส่งตรวจอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ Sodium , Potassium , Chloride , HCO ₃ เพื่อ 5. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 6. บันทึกจำนวน Intake และ Output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาดไม่เกิดแผลกดทับ 2. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้และมีความสุขสบาย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมิน ADL ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2. ดูแลสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้สะอาดและจัดสิ่งของวางไว้ข้างเตียงข้างที่ผู้ป่วยมีแรงปกติ 3. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมของผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน 4. ดูแลและระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่น ยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา 5. ดูแลจัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงพร้อมระบายอากาศได้ดีไม่เกิดความผิดปกติ ผื่น คัน รอยแดงที่ผิวหนัง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใส 2. ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาพยาบาล 3. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอาการและอาการแสดง การดูแลตนเอง การรักษาที่ได้รับ และการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธ์ทางด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง 2. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็น 3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคและแนวทางการรักษาโดยสังเขป 4. ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การทำกายภาพบำบัด การมาตรวจตามนัด อาการที่ต้องมาก่อนนัด การรับประทานอาหาร ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ 5. เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก 6. เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลรักษาผู้ป่วย 7. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 8. แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนและหลังทำหัตถการ

ผลลัพธ์การพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ วินิจฉัยโรคเป็น Acute Ischemic Stroke เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน (16 ตุลาคม 2565) โรงพยาบาลพระยีน ด้วย ไซ้ ปวดศีรษะ เหนื่อย

อ่อนเพลียมา 1 วัน BP 210/88 mmHg., PR 80 ครั้งต่อนาที, RR 20 ครั้งต่อนาที, BT 36.5 องศาเซลเซียส , O₂ sat 98% หายใจ Room air Treat as HT urgency with UTI ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (17 ตุลาคม 2565) เวลา 12.05 น. (On set

เวลา 12.05 น.) ขณะนอนที่เตียง ญาติมาเรียกว่าผู้ป่วยชักเกร็ง เรียกไม่ตอบ ประเมิน GCS E4V1M3 pupil 2 mm RTLBE, ปากเบี้ยวข้างซ้าย แขนขาข้างซ้ายไม่ขยับ ได้รับการรักษา โดยใส่ท่อช่วยหายใจก่อนrefer มารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและมีโรคร่วม เข้า Stroke Fast Track ประเมิน NIHSS ได้ 10 คะแนน CT Scan Brain พบ - No evidence of large territory cerebral or intracranial hemorrhage-underlying diffuse aging brain atrophy-small vessel disease along bilateral frontoparietal white mattersได้รับการประเมินและเฝ้าสังเกตอาการใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt - PA) ในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ผู้ป่วยปลอดภัยและฟื้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเช่นภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวม ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จากการบีบตัวของหัวใจลดลง มี sinus bradycardia มีภาวะ hypokalemia ผู้ป่วยมีปอดอักเสบจากการสำลัก ผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ใน 3 วัน มีการวางแผนพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู และวางแผนจำหน่าย ค่า Barthel ADL Indexเพิ่มจาก 0 คะแนน เป็น 90 คะแนน ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์อนุญาต นัดติดตามการรักษา 2 สัปดาห์ รวมระยะวันนอน 4 วัน ค่ารักษาพยาบาล 77,118 บาท

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ วินิจฉัยโรคเป็น Acute Ischemic Stroke ซึมลง มา 2 ชั่วโมง (Admit โรงพยาบาลชุมชน (28-30 พฤษภาคม 2566) โรงพยาบาลหนองเรือ 3 วันก่อน มา มีอาเจียน เป็นน้ำ ใส ถ่ายเหลว แพทย์วินิจฉัยเป็นAcute gastritis 1วันหลังจำหน่ายจาก รพช เวลา 08.00 น. มีคนไปแจ้งว่าญาติพบผู้ป่วยนอนไม่รู้สึกตัว หายใจหอบ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลหนองเรือ แพทย์ประเมินตรวจร่างกาย (On set เวลา 08.00 น.) ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรักษา โดยใส่ท่อช่วยหายใจ วินิจฉัยเบื้องต้น AFI with septic

encephalopathy with acute RS failure R/O Sepsis ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น เข้า Stroke Fast Track ประเมิน NIHSS ได้ 17 คะแนน CT Scan Brain พบมี No evidence of large territory cerebral infarction or in intracranial hemorrhage ,lacunar infarction at anterior limb of right internal capsule ,left lentiform nucleus . ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt -PA)ในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ผู้ป่วยปลอดภัยและฟื้นภาวะวิกฤตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเช่นภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวม ผู้ป่วยรายนี้ มีพยาธิสภาพที่สมองซีกเด่น มีปัญหาการสื่อสาร และการกลืน และมีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้รอบแรกได้ใน 4 วัน และมีอาการหายใจเหนื่อย หลังถอดท่อช่วยหายใจได้รับการรักษาด้วยการพ่นยา ให้ อาการไม่ดีขึ้น พิจารณาใส่คิน ผู้ป่วยมีปอดอักเสบจากการสำลัก หลอดลมคอบวม ปรีกษาแพทย์เฉพาะทาง หูคอ จมูก และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จใน 5 วันต่อมา มีการวางแผนพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู และวางแผนจำหน่าย ค่า Barthel ADL Index จาก 0 คะแนน และยังเป็น 0 คะแนนเท่าเดิม ผู้ป่วยอาการไม่มีหอบเหนื่อย ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในระบบ IMC ให้โรงพยาบาลชุมชน มีให้อาหารปั่นทางสายยางต่อ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งต่อข้อมูลกายภาพบำบัด การฝึกพูด การกลืน ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยส่งกลับไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์อนุญาต นัดติดตามการรักษา 4 สัปดาห์ รวมระยะวันนอน 10 วัน ค่ารักษาพยาบาล 88,020 บาท

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ชนิดตีบและอุดตัน โดย ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดตีบ และ ในผู้ป่วยรายที่ 2โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดอุดตัน เพราะมีภาวะผิดปกติของคลื่นหัวใจหรือการเต้น

ของหัวใจผิดปกติ มีประวัติการรักษาโดยได้รับยาละลายลิ่มเลือด warfarin เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดที่หัวใจ และมีและยารักษาความดันโลหิตสูงรักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นข้อแตกต่างกันในชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง มีโรคร่วมมีโรคความดันโลหิตสูง และมีเบาหวาน ผู้ป่วยรายที่ 2 มีไขมันในเลือด (Dyslipidemia) ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ในรายที่ 1 ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่องซึ่งต่างจากผู้รายที่ 2 รักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีญาติคอยดูแล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ถูกนำส่งโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชน และมีประวัตินอนโรงพยาบาลก่อนส่งต่อ การรักษาหลังมีอาการและอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจจากโรงพยาบาลชุมชนก่อนนำส่งโรงพยาบาลขอนแก่น และเข้าระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke Fast Track ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำในเวลา 4.5 ชั่วโมง การประเมิน NIHSS 5-20 คะแนน ซึ่งเป็นกลุ่ม moderate to severe stroke คะแนนที่สูง ยังมีความรุนแรงทางระบบประสาท ผู้ป่วยรายที่ 1 ประเมิน NIHSS ได้ 10 และผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมิน NIHSS 17 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) ได้รับการแก้ไขภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน CT Brain หลังให้ยา 24 ชั่วโมง no intracranial hemorrhage การวางแผนการพยาบาลครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ โรงพยาบาลขอนแก่น การพยาบาลได้ใช้แบบแผนการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon ช่วยค้นหาปัญหา ร่วมกับใช้กระบวนการพยาบาลมีการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีแบบแผนการประเมินสุขภาพ ที่ต่างกัน ในรายที่ 1 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถปรับตัวได้เร็ว ถอดท่อช่วยหายใจได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายให้ส่งกลับ

บ้านได้โดยมีการนัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง ส่วนรายที่ 2 ยังต้องรับการรักษาโรคร่วมและโรคประจำตัว สูงอายุมากกว่า การรักษา และถอดท่อช่วยหายใจได้ช้ากว่าผู้ป่วยรายที่ 1 และยังต้องดูแลต่อเนื่องจำหน่ายโดยส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพจากความเสื่อมสภาพตามวัย และเป็นอัมพฤตอัมพาต ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การฟื้นฟูสภาพร่างกายช้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและไม่เกิดภาวะ Progressive stroke การวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการฟื้นฟูสภาพโดยการทำกายภาพบำบัด ออกกำลังกาย ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย การแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ และการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคและโรคร่วมของผู้ป่วยรายทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงมากและรุนแรงด้วยกันทั้งคู่โดยมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมด้วยกัน มีเบาหวานร่วมด้วย ผู้ป่วยรายที่ 1 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีโรคร่วม ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผลการตรวจ HbA1C สูงกว่าค่าปกติ ภาวะทางโภชนาการ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ malnutrition ค่า BMI 14.98 ซึ่งผอมเกินไป สภาพร่างกายและความเสื่อมมีมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ส่งผลต่อการฟื้นฟู จึงทำให้ระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 การฟื้นฟูสภาพร่างกายจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีค่าคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยรายที่ 1 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ ส่งกลับผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชนเดิมเพื่อการฟื้นฟูต่อเนื่องต่อไป

อภิปรายผล

การศึกษานี้ เป็นการศึกษากายภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตและต้องเร่งด่วนในการรักษา เพื่อให้ทันเวลาในระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง (Stroke Fast Track) การวินิจฉัยรักษา และการเข้าถึงยาได้ในเวลาจำกัด การเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic therapy) คือยา rt-PA ยาละลายลิ่มเลือดจะช่วยละลายลิ่มเลือดที่ตีบ อุดตัน ทำให้เลือดไหลกลับไปยังสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงให้ได้เร็วที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและปลอดภัยเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติ ภาวะแทรกซ้อนตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและในผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุทั้ง 2 ราย มีโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะสุขภาพสูงอายุ ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน ก่อนนำส่งโรงพยาบาลขอนแก่น และเข้าระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke Fast Track ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ (Stroke Unit) ได้รับการแก้ไขภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย การฟื้นหายขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ¹¹ อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ตามการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง โดยในคนที่อายุ 65 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า¹² การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ ตามCare map ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในส่งเสริมการฟื้นตัวทางประสาทและการดูแล

ต่อเนื่องที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญมาก โดยเฉพาะในระยะ 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายเพื่อลดความพิการซ้ำซ้อน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลใกล้บ้านสู่ชุมชน เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การนำผลการศึกษาไปใช้

การประเมินเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องปฏิบัติตามกรอบกลุ่มปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยการกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง กรอบกลุ่มปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing processes) ทุกระยะของการดูแล บทบาทในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความสำคัญมาก ในการประเมิน การบริหารแผนการรักษาป้องกัน ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคและการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและต่อเนื่องด้วยการพยาบาลในระยะ 72 ชั่วโมงแรก เพื่อลดความรุนแรงของโรค^๑ ลดภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. จิตรา กุสมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชนัย, 2556). หน้า 311-344.
2. ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. คู่มือระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น . พิมพ์ ครั้งที่ 1 :ขอนแก่น : หจก คลังนาโนวิทยา ; 2562.
3. สุภาภรณ์ จริภักดิ์ (2557) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน : วิทยานิพนธ์การพยาบาลศาสตรบัณฑิต 11 ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 กค-7 กย 2557.
4. ดุสิต สถาวร และครุฑจิต ปิยะเวชวิธรัตน์. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย The Smart ICU. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ปิยอนันต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. หน้า 9.
5. วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชนัย, 2556). หน้า 311-344.

- 6.พรทิพย์รา สุขรินทร์บุลภรณ์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 1(2), 113-129.)
- 7.โรงพยาบาลขอนแก่น. (2561). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- 8.ศิริอร สันธุ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Nursing care for stroke patients). พิมพ์ ครั้งที่ 1 :สภาการพยาบาล:พิมพ์ครั้งที่ 1; 2565.
- 9.สลิลทิพย์ คุณาติศร (2019) การศึกษาคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบบริการ Stroke Fast Track แต่ไม่เข้าเกณฑ์การรับยาละลายลิ่มเลือด ณ โรงพยาบาลขอนแก่น . Journal Thai Soc Volume 18 (2):15-28.
- 10.สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน (Cerebrovascular Accident หรือStroke). ใน : สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่10 กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง; 2552. หน้า 39-65
- 11.สมศักดิ์ เทียมเก่า. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 . พิมพ์ ครั้งที่ 1 :ขอนแก่น : หจก คลังนาวิทยา ; 2562. หน้า 3-16
- 12.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ; 2550.
- 13.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ; 2550.
- 14.วรณา ปัดทพัต (2564). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพ : กรณีศึกษา วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 กค-ธค 2564.
- 15.อดุลย์ วิริยเวชกุล. Acute Stroke Management. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง, กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2534. หน้า 451
- 16.อรุณี เองยศมาก และวิจิตร กุสมภ์. ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท (Nervous System Alteration).ใน : วิจิตร กุสมภ์, บรรณาธิการ. Critical Care Nursing: A Holistic Approach. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์; 2551. หน้า283-312
- 17.รัชณี เบญจอนันท์ และพิพพัทธ์ กาญจนสินธุ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ บริษัท สีฟวีจ เอ พี. หน้า 93 – 119.
18. Bosma MS, Nijboer TCW, Caljouw MAA, Achterberg WP. Impact of visuospatial neglect post-stroke on daily activities, participation and informal caregiver burden: A systematic review. Ann Phys Rehabil Med.2020;63(4):344-358.
- 19.Carrillo X, Fernandez–Nofreiras E, Ciompi F, et al. Changes in radial artery volumeassessed using intravascular ultrasound: a comparison of two vasodilator regimens intrasradial coronary interventions. J Invasive Cardiol 2011; 23:401–4.
- 20.Troke STS, Roup STG. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National.Institute of Neurological Disorders and Stroke rtPA Stroke Study Group. N Engl J Med1995; 333: 1581-7.
- 21.Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Davalos A, guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med 2008; 359: 1317-29.
22. Wright F, Wu S, Chun H-YY, Mead G. Factors Associated with Poststroke Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. Stroke Res Treat. 2017;2017:2124743.
23. Bosma MS, Nijboer TCW, Caljouw MAA, Achterberg WP. Impact of visuospatial neglect post-stroke on daily activities, participation and informal caregiver burden: A systematic review. Ann Phys Rehabil Med.2020;63(4):344-358.
- 24.Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2016). Stroke: a global response is needed. Bulletin of the World Health Organization, 94(9), 634–634A.<https://doi.org/10.2471/BLT.16.181636>

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with septic shock: Two case studies

(Received: September 24,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

นฤมล ฮามพิทักษ์¹

Narumon Hampitak

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) 2 ราย คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 74 ปี ประวัติเป็น เบาหวาน ชนิดที่ 2 มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ ก่อนมา 1 ชั่วโมง มีความดันโลหิต 93/57 mmHg Lactate 13.6 mmol/L มีภาวะ Septic shock และ activate sepsis protocol จากโรงพยาบาลชุมชน เกิดระบบการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรงเฉียบพลันใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มี Organ dysfunction 4 ระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular), ระบบการหายใจ (Respiration), ระบบไต (Renal), ระบบตับ (Liver) เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยปลอดภัย Refer กลับโรงพยาบาลชุมชน รวมอยู่รักษา 4 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 77 ปี มีประวัติเป็น Hypertension ,เบาหวาน ชนิดที่ 2 หายใจหอบเหนื่อยก่อนมาก่อนมา 1 วัน ขณะAdmit ที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยซึมลง มี Hypoglycemia ความดันโลหิต 84/47 mmHg มีภาวะ Septic shock ไม่ได้ Activate sepsis protocol จากโรงพยาบาลชุมชน เกิดระบบการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรงเฉียบพลันใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มีOrgan dysfunction 3 ระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular), ระบบการหายใจ (Respiration),ระบบไต (Renal) เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยปลอดภัย กลับบ้านได้ รวมอยู่รักษา 6 วัน

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study was case study aimed to study and make a comparison to provide the nursing care guidelines for patients with septic shock. This was study of two case studies. Two patients with septic shock were selected. Data were collected from medical records. The concept of Gordon's 11 Functional Health Patterns was employed. The related literature was reviewed from documents, textbooks, academic works, articles and related research to find out patients' problems, formulate nursing diagnosis to plan nursing practice, make a summary and evaluate nursing outcomes.

Results:

The first case study was a 74-year-old Thai woman with a history of type 2 diabetes coming to the hospital with the following symptoms. She had shortness of breath 1 hour before coming to the hospital. Blood pressure was 93/57 mmHg. Lactate was 13.6 mmol/L. She had septic shock. Sepsis protocol was activated from the community hospital. Acute respiratory failure occurred. Endotracheal intubation and ventilator were required. There was organ dysfunction of 4 systems: cardiovascular, respiration, renal and liver systems. She was admitted to the medical ward, Khon Kaen Hospital. She was safe and referred back to the community hospital. She was admitted for a total of 4 days.

¹ โรงพยาบาลขอนแก่น

The second case study was a 77-year-old Thai woman with a history of hypertension and type 2 diabetes. She had shortness of breath 1 day coming to the hospital. While admitted to the community hospital, she had hypoglycemia. Blood pressure was 84/47 mmHg. She had septic shock. Sepsis protocol was not activated from the community hospital. Acute respiratory failure occurred. Endotracheal intubation and ventilator were required. There was organ dysfunction of 3 systems: cardiovascular, respiration and renal system. She was admitted to the medical ward, Khon Kaen Hospital. She was safe and discharged from the hospital. The hospital stay was 6 days.

Keywords: Sepsis, septic shock

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง หากได้รับการรักษาไม่เหมาะสมหรือไม่ทันเวลา ก็ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายเช่น กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน และอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ¹ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทย มีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี พบว่า มีผู้ป่วย sepsis 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือความผิดปกติของอวัยวะที่เกิดจากกระบวนการติดเชื้อ (Infection) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการตอบสนองของร่างกาย (Dysregulated host response) ต่อการติดเชื้อ การทำงานของอวัยวะต่างผิดปกติ (Organ dysfunction) เมื่อร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อการติดเชื้อได้⁵ แม้มีการให้สารน้ำที่เพียงพอแต่ค่าความดันโลหิตยังต่ำอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องให้ยาช่วยพยุงระดับความดันโลหิต (Vasopressors) เพื่อประคองค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean arterial pressure; MAP) ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่าระดับของแลคเตทในเลือด (Serum lactate) มากกว่า 2 มิลลิโมลต่อลิตร และปัสสาวะออกน้อยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock)² ภาวะติดเชื้อสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะติดเชื้อขั้นรุนแรง และภาวะช็อก

จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินวิกฤติ ภาวะติดเชื้อถึงขั้นรุนแรงจึงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และระยะเวลาจากภาวะติดเชื้อรุนแรงถึงภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดนั้นสั้นมาก ซึ่งใช้เวลาไม่ถึงหนึ่งวัน ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องระบุระยะเวลาเริ่มวินิจฉัย และค้นหาภาวะแทรกซ้อนของภาวะติดเชื้อรุนแรงโดยเร็วที่สุดเพื่อบริการดูแลรักษา^{1,3,4}

พยาธิสภาพของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของหลอดเลือด (Distributive shock) เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นร่างกาย จะมีการสร้าง toxin มากกระตุ้น Complement pathway และ Monocyte, Neutrophil และ Endothelial cell ให้หลั่งสาร mediators เช่น Tumor necrosis factor (TNF), interleukin-1 (IL-1), interleukin-6 (IL-6), platelet activating factors (PAF)¹⁰ ฯลฯ ส่งผลให้มีการกระตุ้น inflammatory response ทั่วทั้งร่างกาย ทำให้เซลล์มีการเสื่อมสภาพ เซลล์บุผนังหลอดเลือดมีส่วนสำคัญในการตอบสนองของหลอดเลือดจากการอักเสบเฉียบพลัน การตอบสนองนี้มีลักษณะเฉพาะคือการเปลี่ยนแปลงของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบซึ่งส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดและการหดตัวของเซลล์บุผนังหลอดเลือดซึ่งจะช่วยให้การรั่วไหลของโปรตีนเข้าไปในช่องว่างและเนื้อเยื่อนอกหลอดเลือด สูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน อีกทั้งมีการลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดภาวะ Disseminated intravascular coagulation จากการกระตุ้น coagulation cascade ส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือด ขัดขวางระบบไหลเวียนเลือด อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตใน

ที่สุด^{1,5}สมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งสหรัฐอเมริกา (The Society of Critical Care Medicine: SCCM) ร่วมกับ The European Society of Intensive Care Medicine; ESICM) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติสากลและประกาศใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเพิ่มความตระหนักถึงความรุนแรงและค้นหาอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลดอัตราการความรุนแรง⁶ ลดการเสียชีวิตซึ่งประกอบด้วยการคัดกรอง การวินิจฉัย กระบวนการจัดการเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร่งด่วน การให้ยาปฏิชีวนะ การกำจัดและควบคุมเชื้อโรค การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนเลือด และการนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกายให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย¹

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ระดับA) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอายุรกรรม และการรับส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น ในเขตสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด) รายงานสถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2564และ 2565 มีจำนวน 1915 และ 2565 รายต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รายงานผลจากฐานข้อมูลศูนย์ข้อมูลสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ (Health Data Center: HDC)กระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรงพยาบาลขอนแก่น อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ยังมีผลลัพธ์ที่สูงกว่าค่าเป้าหมาย ปี 2564 และ 2565 ร้อยละ 30.39และ31.71 ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ต้องประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาลให้ความช่วยเหลือ การดูแลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

ในกระแสเลือด ให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดอัตราการเสียชีวิต^{4,5}

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
- 2.เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
- 3.เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study)

1. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด รวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11 แบบแผนของกอร์ดอน⁷ จากเวชระเบียนผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อกำหนดแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ระยะวิกฤติแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 74 ปี ประวัติเป็น เบาหวาน ชนิดที่2 (Type 2 Diabetes Mellitus) ,โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) มา 10 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 24 ม.ค.66 (Day1)	กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 77 ปี มีประวัติเป็น hypertension , เบาหวาน ชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) มา 15 ปี เข้ารับการรักษาวันที่ 14 ก.พ.2566 (4.03น.)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ ก่อนมา 1 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ หายใจหอบ มีเสมหะ ไม่มีไข้ ไม่มีเหนื่อยหอบ 1 ชั่วโมง(24 ม.ค.2566) เวลา13.45น. ก่อนมา หายใจเหนื่อยหอบ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน มีอาการ Air hunger O₂ saturation room air ได้ 83-84% ใส่ O₂ ชนิด mask with bag 10 LPM ฟัง Lung มี coarse crepitation และ secretion sound อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/57 mmHg DTX 384 mg% แพทย์ได้รับการวินิจฉัย Pneumonia with Respiratory failure with septic shock Activate sepsis protocol จากโรงพยาบาลชุมชน การรักษาที่ได้รับ Lactate 13.6 mmol/L Time Zero เวลา13.45น. On ET-Tube NO.7.0 ซีด 18 เวลา 14.20 น. Load Acetar 1500 ml then 1000 ml vein drip 80 cc/hr Retain foley catheterเจาะLAB CBC, BUN, Cr, Electrolyte , Ca, Po, Mg, LFT,PT,PTT,H/C เวลา 14.25 stat Ceftriaxone 2 gm iv เวลา 14.50 น ประเมิน ความดันซ้ำ 73/54 mmHg On Norepinephrine 4:250 iv drip 30 mcdrop/min เวลา 15.00 น. Ultrasound IVC Max 2.0min ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น	อาการสำคัญ หายใจหอบเหนื่อยก่อนมารพ. 1วัน ประวัติการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน 1วัน ก่อนมา หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น หนึ่งตาบวม นอนราบไม่ได้ pitting 1+ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน Admit วันที่ 13 ก.พ.2566 เวลา16.00 น. เรือง CHF ให้ O₂ mask with bag 10 LPM O₂ saturation room air ได้ 93 % ให้ยาCeftriaxone 2 gm iv Lasix 40 mg vein 8 ชั่วโมง 15 นาที ก่อนมา วันที่ 14 ก.พ.2566 เวลา 3.15 น. (Day1) ผู้ป่วยซึมลง เจาะDTX=31mg% ให้ 50% glucose50 cc iv push ประเมินซ้ำ 251mg% มีปัญหา ความดันโลหิต 84/47 mmHg On Norepinephrine (4:250) vein drip 10 cc/hr On ET-Tube NO.7.5 ซีด 20 cm. Retained foley Catheter อุณหภูมิ 38.7องศาเซลเซียส ชีพจร90ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ36ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 84/47 mmHg แพทย์วินิจฉัยเป็น Pneumonia with Respiratory Failure with Septic shock
ที่อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ส่ง TSC, G/S ,lactatex2 q 6 hr, DTX stat 384 mg% ได้รับ RI 6 unit sc, ประเมินสีหน้ามีความกังวล ไม่สุขสบาย สรุป Problem list ดังนี้ ปัญหา Respiratory failure วันที่ 24 ม.ค. 2566(Day1) On Ventilator PCV mode PS15 PEEP 5 TV 450, RR 18, FIO2 0.4 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ Arterial Blood Gas ผล HCO₃ 26.5 mmHg วันที่ 25 ม.ค. 2566(Day2) Wean Ventilator mode SPONT FIO₂ 0.40, RR 18, PS 10, PEEP 5 จนถึงเวลา 10.00น. Suction Clear airway ถอดท่อช่วยหายใจ เวลา 10.00น. ให้ออกซิเจนชนิด High flow nasal cannula 40 LPM Flow 0.4 Temp 36 องศาเซลเซียส ฟัน Beradual 2 puff เวลา 14.00น. ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเปลี่ยนเป็น O₂ Canular 3 LPM O₂ saturation 98 % วันที่ 26 ม.ค.66 (Day3) หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหายใจ O₂ saturation 98 % ปัญหา septic shock วันที่24 ม.ค.2566(Day1)เจาะlactate ซ้ำ เวลา16.36น. ผลลดลง 7.89 mmol/L ได้Norepinephrine 4:250 iv drip 20 mcdrop/min On Acetar 1,000 ml iv 80 ml/hr , Hydrocortisone 100 mg iv stat then200mg in 24hr วันที่25 ม.ค.2566 (Day2)เวลา1.26 เจาะ lactate 1.93 mmol/L ได้ Norepinephrine 4:250 iv drip 20 mcdrop/min เวลา 6.00น. On Acetar 1,000 ml iv 60 ml/hr Hydrocortisone 100 mg iv in 24 hr Off Foley's catheter ประเมินผู้ป่วยซ้ำทุก 15 นาที จนครบ 6ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36- 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-98 ครั้ง/นาที หายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 89/69-110/70 มิลลิเมตรปรอท MAP 66-88 SOS score 0-5 , O₂ Saturation 99-100% ปัญหาติดเชื้อ(Infection) Pneumonia ฟัง Lung มี Crepitation Both Lung Chest x-ray ผล Infiltration both lung , WBC 23.4 10³/ul, RBC 3.52 10⁶/ul, Hemoglobin 9.9 g/dL, Hematocrit 31 % ผล Blood Hemoculture เชื้อ Streptococcus	ที่อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น 14 ก.พ.2566 เวลา 16.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องดี On ET-Tube NO.7.5 ซีด 20 cm ประเมินแรกรับ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ventilator 18ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 92/66 mmHg O₂ saturation ได้ 100 % Lactate 4.46 On Norepinephrine 4:250 iv drip 16 mcdrop/min titrate Load Acetar 500 ml iv Then 60 ml/hr แพทย์ประเมิน ไม่ได้ใช้ sepsis protocol จึงเริ่ม Start Check list protocol Admit หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 เวลา 5.00 น. แกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องดี สื่อสารตามคำบอกได้ แต่ผู้ป่วยสื่อสารกลับลำบาก สีหน้ามีความกังวล ไม่สุขสบาย On carina PCV mode PS 20 PEEP 5 TV 450, RR 18, FIO2 0.4 Acetar 1000 ml iv 80 ml/hr On Norepinephrine 4:250 iv drip 16 mcdrop/min สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 .0 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ V20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/63 mmHg O₂ saturation 100% NEW score 5 14 ก.พ.2566 (7.30น.) Day1สรุป Problem list ดังนี้ ปัญหา Respiratory failure On carina PCV mode PS 20 PEEP 5 TV 450, RR 18, FIO2 0.4 Suction clear airway secretion มาก ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ Arterial Blood Gas ผล pCO₂ 16 mmHg HCO₃ 10.9 mmHg ประเมิน O₂ saturation 98% เวลา 11.00น. ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด O₂ saturation room air 100 % on High flow nasal cannula 40 LPM Flow 0.4 Temp 37 องศาเซลเซียส Lung มี secretion sound /Wheezing suction clear airway Beradual 2 puff ทุก 15นาที 3ครั้ง วันที่ 15 ก.พ.2566 (Day2) On O₂ cannula 3 LPM O₂ saturation 98% 17ก.พ.2566(Day4) เวลา 8.00น. หายใจ Stridor On ET-Tube NO.7.5 ซีด 20 valium 10 mg iv stat On carina PCV mode PS20 PEEP 5 TV 450, RR 16, FIO2 0.4 keep ให้ Adrenaline(1:1000) 3ml NB Beradual 2 puff ทุก 15 นาที 2 ครั้ง Dexamethasone 5mg vein ทุก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
intermedius ,tracheal suction culture ผล Staphylococcus aureus ได้ Ceftazidime 2 gm + NSS 100 ml iv drip q 8 hr Azithromycin(250) 2x1 oral pc ปัญหา Hyperglycemia ตรวจ Blood ketone 2.33 ตรวจ DTX ทุก 6 ชั่วโมง มีค่าสูงทุกครั้ง ได้รับยา RI(Regular insulin) หรือ NPH (Neutral Protamine Hagedom) วันที่ 27 ม.ค. 2566 (Day4) วางแผนจำหน่ายรับยาใกล้บ้าน ปัญหา Ischemic hepatitis LAB Liver Function Test พบ Alkaline Phosphatase 211 mg/dL,ALT(SGPT) 1070 u/L ,AST(SGOT) 390 u/L , Prothrombin time 14.1 sec ,Albumin 2.9 g/dL ได้รับ Thiamine 200 mg iv drip q 12 hr อาหารอ่อน และ Regular diet add ไข่ขาว 2 ฟองต่อมื้อ ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกตามร่างกาย ประเมินซ้ำ ผลการตรวจมีค่าลดลง Alkaline Phosphatase 101 mg/dL, ALT(SGPT) 335 u/L, AST(SGOT) 219 u/L, Prothrombin time 11.8 sec ,Albumin 2.3 g/dL ปัญหา Ischemic kidney 24 ม.ค.2566 (Day1) BUN 22 mg/dL ,Cr 1.34 mg/dL ,eGFR 39.05ml/min/1.73m2 เนื่องจากมีภาวะ shock ไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ eGFR ลดลง ประเมินอาการ ประเมินสารน้ำเข้าออก 28 ม.ค.2566 (Day5) BUN 7 mg/dL ,Cr 0.74 mg/dL ,eGFR 80.72 ml/min/1.73m2 วันที่ 28 ม.ค.2566(Day5) ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น รู้สึกตัวรู้เรื่อง ยาAzithromycin(250) 2x1 oral pc ครบ 5 วัน (24 -28 ม.ค.2566) Refer โรงพยาบาลหนองเรือเพื่อให้ยา Ceftazidime 2 gm + NSS 100 ml IV drip q 8 hr ครบ 7 วัน (24 -30 ม.ค.2566) รวมอยู่รักษา 4 วัน	6 ชั่วโมง 19 ก.พ.2566 (Day6) OFF ET tube On O₂ Canular 3 LPM Beradual 4 puff ทุก 8 ชั่วโมง Dexamethasone 5mg iv ทุก 8 ชั่วโมง try room air O₂ saturation 98% ปัญหา Septic shock 14 ก.พ.2566 (Day1) แรกรับ lactate 4.46 mmol/L ตรวจซ้ำลดลง 2.54,1.66,1.21 Wean off Norepinephrine 4:250 iv drip 16 mcdrop/min titrate ที่ ละ 2 ml/hr Ultrasound IVC max 1.81 min 1.21 Distend 50% Hydrocortisone 200 mg in 24 hr (Day2) Off Norepinephrine ได้ เวลา 11.00น. สัญญาณชีพใน อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท MAP 60 NEW score 0 O₂ Saturation 98-100% วันที่ 20ก.พ.2566 intake 1200 ml Output 1600 ml ปัญหาติดเชื้อ (Infection) Pneumonia Lung ฟังมี Creptitation Both Lung Chest x-ray ผล Infiltration both lung tracheal suction culture Candida albicans WBC14 10³/uให้ยา Ceftazidime 2 gm + NSS 100 ml iv drip q 8 hr และ Azithromycin(250) 2x1 oral pcไม่มีอาการข้างเคียงของการ ได้รับยา ปัญหา Hyperglycemia ประเมิน DTX ทุก 6 ชั่วโมง RI หรือ NPH และติดตาม DTXเป็นระยะ ไม่มีอาการแสดงของ Hypo-Hyperglycemia ปัญหาเหนื่อยอ่อนเพลีย RBC 3.57 10⁶/ul Hemoglobin 9.7 g/dL Hematocrit 29.5 % ปัญหา Albumin 2.9 Risk Stress ulcer Omeprazole 40 mg IV ทุก 24 ชั่วโมง ปัญหา Ischemic kidney 14 ก.พ.2566 (Day1) BUN 22 mg/dL Cr 1.34 mg/dL eGFR 39.05ml/min/1.73m2 เนื่องจากมีภาวะ shock ไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ eGFR ลดลง ประเมิน อาการประเมินสารน้ำเข้าออก วันที่ 28 ม.ค.2566 (Day5) BUN 29 mg/dL , Cr 1.45 mg/dL ,eGFR 34.76ml/min/1.73m2 วันที่ 20 ก.พ.2566 (Day7) BUN 28 mg/dL , Cr 1.67mg/dL ,eGFR 84.79ml/min/1.73m2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย หอบ แพทย์อนุญาต ให้กลับบ้าน มียา Home medication Cefdinir (100) 2x1 oral pc 1วัน Prednisolone 3x2 oral pc Beradual MDI 2 puff prn 3 วัน นัดติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำพอง รวมอยู่รักษา 6 วัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา: การปฏิบัติตาม Khonkaen sepsis protocol

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.นำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Khonkaen Sepsis protocol	ใช้ Khonkaen sepsis protocolจาก โรงพยาบาลชุมชน	ไม่ใช่ Khonkaen sepsis protocolจาก โรงพยาบาลชุมชน
1.การวินิจฉัย sepsis (มีหลักฐานว่าติดเชื้อ ร่วมกับ SOFA score ≥ 2)	มีหลักฐานติดเชื้อ Pneumonia ร่วมกับ มี Organ Failure Organ Dysfunction 4 ระบบ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ,ระบบการหายใจ (Respiration),ระบบไต (Renal) , ระบบตับ (Liver)	มีหลักฐานติดเชื้อ Pneumonia Organ Dysfunction 3 ระบบ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ,ระบบการหายใจ (Respiration),ระบบไต (Renal)
Infection	-Pneumonia tracheal suction culture ผล Staphylococcus aureus	-Pneumonia tracheal suction culture ผล Candida albicans



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา: การปฏิบัติตาม Khonkaen sepsis protocol

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	-BloodHemoculture เชื้อ Streptococcus intermedius	
Sepsis	-ผู้ป่วยได้รับการให้สารน้ำ Acetar 1500 ml แต่ยังมี ภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรง	ผู้ป่วยไม่ได้ Load สารน้ำ เนื่องจากมี CHF มี ภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรง
Septic shock	Norepinephrine 4:250iv drip 30 mcdrop/min titrate ทีละ 3 ml/hr keep MAP $\geq$ 65 mmHg Lactate 13.6 mmol/L กำหนด Time Zero เวลาเริ่มต้น Activate sepsis protocol จาก โรงพยาบาลชุมชน	ให้ยา Norepinephrine 4:250 iv drip 10 cc/hr ผู้ป่วยไม่ได้เจาะ Lactate ที่ โรงพยาบาลชุมชน มา Activate sepsis protocol ที่โรงพยาบาลขอนแก่น 4.46 mmol/L
2. การเจาะส่งเพาะเชื้อ ก่อนให้ ยาปฏิชีวนะ	ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อจาก โรงพยาบาลชุมชนตามแนวทาง	ผู้ป่วยไม่ได้รับการเจาะเลือดก่อนให้ยา ปฏิชีวนะ เนื่องจากช่วงที่ admit ที่ โรงพยาบาลชุมชน เริ่มแรกไม่ได้วินิจฉัย Sepsis จึงให้ยาปฏิชีวนะไปก่อน ต่อมาผู้ป่วย ซึมลงวินิจฉัยSepsisจึง resuscitation refer มาโรงพยาบาลขอนแก่น
3.อัตราผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัย ภายใน 1 ชั่วโมง	Ceftazidime Azithromycin(250)	Ceftazidime Azithromycin(250)
4.ประเมินอาการและการแสดงอย่างต่อเนื่อง โดยใช้Early weaning signs	-โรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีหลักฐานการใช้ Early weaning signs ในการคัดกรองผู้ป่วย -โรงพยาบาลขอนแก่น มีการใช้ SOS score ในการเฝ้าระวังการประเมินอาการแต่ไม่ ต่อเนื่อง	-โรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีหลักฐานการใช้ Early weaning signs ในการคัดกรองผู้ป่วย -โรงพยาบาลขอนแก่น มีการใช้ NEW score ในการเฝ้าระวังการประเมินอาการ แต่ไม่ ต่อเนื่อง และการประเมินค่าคะแนนไม่ตรง ตามแนวทาง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

เก็บรวบรวมข้อมูล ความต้องการพื้นฐานปกติของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิด เกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพ กาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งภาวะปกติและการเปลี่ยนแปลง/ปรับเปลี่ยนขณะเจ็บป่วย ได้นำมาเป็น

แนวทางในการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยต่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มี 3 ระยะคือระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย ของผู้ป่วย 2 รายการ ประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

ปัญหา	ทฤษฎี	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1	มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด
2	เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ	เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ	เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผน
จำหน่าย ของผู้ป่วย 2 รายการ ประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

ปัญหา	ทฤษฎี	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
3	ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหายที่	ไม่พบปัญหา	ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหายที่
4	เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ	เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ	เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ
5	เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน,ของเสียคั่ง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง	เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน,ของเสียคั่ง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง	เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน,ของเสียคั่ง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง
6	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อ	ไม่พบปัญหา
7	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (illness)	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
8	การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากความจำเป็นในการคำท่ช่วยเหลือ	การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากความจำเป็นในการคำท่ช่วยเหลือ	การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากความจำเป็นในการคำท่ช่วยเหลือ
9	เสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	เสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	เสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง
10	ไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องผูก	ไม่พบปัญหา	ไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องผูก
11	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
12	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการเจ็บป่วยภาวะวิกฤติ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การพยาบาลที่สำคัญในระยะแรกเริ่ม ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลตาม Khonkaen sepsis protocol ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis & septic shock) ดังนี้ 1.1 การดักจับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1) พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรก รับ โดยใช้ qSOFA score และ NEW score 2) ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแบบประเมิน Khonkaen sepsis protocol (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ วันที่ 8 พฤษภาคม 2561) 3) หากประเมินว่าผู้ป่วยเข้ากับเกณฑ์การ วินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้รายงานแพทย์ภายใน 15 นาที และเจาะ lab lactate ทันที



ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4) ติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามระดับคะแนนของ NEW score ที่ประเมินได้เมื่อแรกรับ 5) หากผู้ป่วยมีค่าคะแนน NEW มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ให้ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และดำเนินการตามข้อ 2 และ 3 1.2 การส่งเลือดเพาะเชื้อ 1) พยาบาลเตรียมอุปกรณ์เพื่อเก็บเลือด ส่งตรวจภายใน 1 ชั่วโมง 2) พยาบาลเจาะเลือด 2 ขวดๆ ละ 5 มิลลิลิตร 3) เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำส่วนปลายคนละตำแหน่งในเวลาเดียวกัน 4) ใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อในการเก็บ เลือดส่งตรวจ ตามขั้นตอนแนวทางปฏิบัติในการเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อจากเลือด (Hemoculture) 1.3 การบริหารยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว 1) พยาบาลประสานแพทย์และกระตุ้น ให้แพทย์สั่งการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม 2) เร่งจัดการเบิกจ่ายยาปฏิชีวนะจากห้อง ยาหรือสำรองยาเพื่อให้สามารถให้ยารวดเร็ว 3) อธิบายความจำเป็น ผลดี ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ประวัติการแพ้ยา ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 4) บริหารยาให้ถูกต้องทั้งขนาด ปริมาณที่ถูกต้องกับแผนการรักษาตามหลัก 6 R 5) กำหนดอัตราการไหลของยาให้ได้ตามแผนการรักษา และให้ยาหลังการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง 6) เฝ้าระวังแทรกซ้อนจากการให้ยาปฏิชีวนะ เช่น การแพ้อย่างรุนแรงเฉียบพลัน (Anaphylactic Shock) 7) เตรียมรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Emergency) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator) ในกรณีที่มีการแพ้อย่างรุนแรงเฉียบพลัน 1.4 การบริหารจัดการสารน้ำเพื่อป้องกันภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง 1) ให้สารน้ำชนิดคริสตัลลอยด์ทดแทน ในอัตรา 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 1,500 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมงแรก 2) วัดสัญญาณชีพหลังให้สารน้ำครบตามแผนการรักษา รายงานแพทย์ หาก MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จะพิจารณาประเมินความเพียงพอของสารน้ำ ดูแลให้สารน้ำต่อเนื่องตามแผนการรักษาหาก MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอทแพทย์จะพิจารณาให้ยา เพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด (Vasopressor) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ประเมินค่า MAP ค่าปกติมากกว่า หรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท หากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ 3) ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินและ จดบันทึกปัสสาวะในเรื่องของลักษณะ สี จำนวนของผู้ป่วยทุกชั่วโมง ดูแลให้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ 4) ประเมินผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ ไตวาย และประเมินการให้สารน้ำเกิน เช่น อาการบวมของใบหน้า มือ เท้า เสี่ยงหายใจครืดคราดฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบมีเสมหะเป็นฟอง 1.5 การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด 1) กรณีผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอแล้ว ให้วัดประเมินความดันโลหิตหากความดันโลหิตยังต่ำ (MAP น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท) ต้องมีการบริหารยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เลือดตามแผนการรักษาแล้วปรับเพิ่มขนาดครั้งละ 0.02 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมงจนได้ระดับความดันโลหิตตามต้องการ 2) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อดูแลให้ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท หาก MAP มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ให้ทำการลดขนาดยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดโดยพยายามรักษาระดับ MAP ให้อยู่ในช่วง 65-90 มิลลิเมตรปรอท 1.6 การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ อย่างมีประสิทธิภาพ 1) ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก ออกซิเจนความเข้มข้นสูง เปิดอัตราการไหล 8-10 ลิตรต่อนาที ทันทีเมื่อแรกเริ่ม 2) จัดให้ออกซิเจนสูง 30 องศา วัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการ เหนื่อยหอบ เหนียวหรือซีดตามปลายมือ ปลายเท้า ซีมลง สับสน และค่า SpO₂ ทุก 15 นาที 3) ประเมินค่า SpO₂ ทุก 15 นาที จนกระทั่งค่า SpO₂ ของผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93 จึงประเมินทุก 1 ชั่วโมง หากค่า SpO₂ ของผู้ป่วยมากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 93 เปลี่ยนให้ออกซิเจนทางจมูก (O₂ Canula) 3-5 ลิตรต่อวินาที จากนั้นประเมิน SpO₂ ทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93 4) กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และมี ภาวะ ARDS ดูแลปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ได้ ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้า และออกในแต่ละครั้ง ในขนาดต่ำ (6 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม) 1.7 การประเมินเพื่อค้นหาแหล่งติดเชื้อในร่างกาย 1) ซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อค้นหาภาวะที่มีการติดเชื้อในร่างกาย 2) หากพบการติดเชื้อในอวัยวะของ ร่างกายที่ชัดเจน เช่น แผล/ฝีที่ผิวหนัง ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณากำจัดแหล่งติดเชื้อ 3) แนะนำผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย 4) ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิค ปลอดภัย 5) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเพื่อค้นหาการติดเชื้อต่างๆ ตามแผนการรักษา เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) การตรวจเพาะเชื้อต่างๆ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ/เท้าเย็น เล็บ ริมฝีปาก ซีด เหนียว กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วขึ้น 2. ประเมินความรุนแรงของภาวะพร่อง ออกซิเจน หากพบอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที ได้แก่ - Mild hypoxia (PaO₂ 60-80) มีอาการเหงื่อออก กระสับกระส่าย ปลายมือเท้าเย็นซีด ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อในการหายใจมากขึ้น - Moderate hypoxia (PaO₂ 50-60) มีอาการสับสน หัวใจเต้นผิดปกติ จังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเริ่มลดต่ำลง - Severe hypoxia (PaO₂ <50) ปลายมือ/เท้า ริมฝีปากเขียว ผิวหนังลาย หัวใจเต้นช้าลง จนหยุดเต้น หายใจช้าลงจนกระทั่งหยุดหายใจ 3. สังเกตและบันทึกออกซิเจนปลายนิ้ว (O₂ saturation) ทุก 1 ชั่วโมง Keep O₂ saturation > 95% ถ้า O₂ saturation ต่ำลง มากกว่า 2% ประเมินอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที



ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินเสียงลมเข้าปอด เสียงเสมหะ เสียงผิดปกติต่างๆ อย่างน้อย เวลละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ 5. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอก และปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น 6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยการดูดเสมหะอย่างถูกต้องดังนี้ 6.1 ประเมินความต้องการการดูดเสมหะจากการได้ยินเสียงเสมหะในทางเดินหายใจและดูดเสมหะตามความจำเป็น เช่น เมื่อได้ยินเสียงเสมหะ เสียงเครื่องช่วยหายใจผิดปกติ 6.2 เปิดความดันในการดูดเสมหะ 80 - 120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10 - 15 วินาที เลือก ขนาดของสาย suction ให้เหมาะสม คือมีขนาด $\frac{1}{2}$ หรือ $\frac{2}{3}$ ของท่อช่วยหายใจ 6.3 Hyperventilate โดยใช้ออกซิเจน 100% จากเครื่องช่วยหายใจ 1 นาทีก่อน-หลัง suction 7. ดูแลท่อทางเดินหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ ตรวจสอบตำแหน่งของท่อทางเดินหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่ให้ตึงรั้ง ไม่เลื่อนหลุด ไม่กดมูมปาก ดูแลวัด cuff pressure อย่างน้อยเวลละ 1 ครั้ง หรือเมื่อได้ยินเสียง leakage ของ ET tube ฟังเสียงลมเข้าปอดทั้ง 2 ข้างให้เท่ากัน และฟังเสียงลมรั่วทางปาก บันทึกตำแหน่งที่เหมาะสม ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ 8. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มี ประสิทธิภาพ ดังนี้ ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาจัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้ง ระวังระดับน้ำไม่ให้เกิดหักพับงอ และไม่มีน้ำขังเพราะจะมีผลต่อการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การได้รับออกซิเจนของผู้ป่วยลดลงและเสี่ยงต่อการก่อตัวสะสมของเชื้อโรคซึ่งเกิดเสียงของเครื่องช่วยหายใจที่ผิดปกติ 9. ดูแลวัด Tidal Volume (TV) คือปริมาตร อากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งทุกเวอร์หรือเมื่อมีการปรับตั้งการทำงานของเครื่องช่วยหายใจใหม่ 10. ดูแลให้ได้รับยา antibiotic ตามแผนการรักษา 11. สังตรวจและติดตามผลการตรวจ ได้แก่ ABG, chest X-Rays ตามแผนการรักษา

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มา ด้วยอาการสำคัญคือ ไข้ หายใจหอบ วินิจฉัยปอดอักเสบ (Pneumonia) และมีภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 Pneumonia ผล Tracheal suction culture ผล Staphylococcus aureus ,Blood hemoculture ๖ ชื่อ Streptococcus intermedius มี Organ dysfunction 4 ระบบได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ,ระบบไต (Renal) ,ระบบการหายใจ (Respiration),ระบบตับ (Liver) ใช้ Khonkaen sepsis protocolจ าก

โรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 พบ การติดเชื้อในทางเดินหายใจPneumonia ผล Tracheal suction culture ผล Candida albicans Organ dysfunction 3 ระบบได้แก่ระบบหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular),ระบบไต (Renal) ,ระบบการหายใจ (Respiration)ไม่ใช้ Khonkaen sepsis protocolจากโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากกรณีศึกษา รายที่ 1 มีการ ระบุ Time Zero ได้เร็ว ทำให้สามารถ เข้าถึงแนวทางการรักษาได้อย่างรวดเร็ว รวมถึง การ วินิจฉัยภาวะ Septic shock โดยใช้ Lab Lactate ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีผลการเพาะ เชื้อในเลือดที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อในกระแสเลือด แต่

ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัย ถอดท่อช่วยหายใจและไม่ มีภาวะ Septic shock ในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษา และรวมอยู่รักษา 4 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 Admit ที่โรงพยาบาลชุมชน 8 ชั่วโมง เมื่อดูจากอาการ และอาการแสดงเข้าได้กับ กลุ่มเสี่ยง Sepsis ไม่ได้มีการประเมินโดยใช้ Early warning signs ในการคัดกรองผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic shock แต่เนื่องจากผู้ป่วย ผลการเพาะเชื้อในกระแสเลือดไม่รุนแรงจึงทำให้ปลอดภัยจากภาวะ Septic shock ในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษา อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock และมี Organ dysfunction การประเมินซ้ำเพื่อดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติและลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่ามีการใช้ Early warning signs กรณีศึกษา รายที่ 1 ใช้ SOS score ในการเฝ้าระวังการประเมินอาการแต่ไม่ต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ NEW

score ในการเฝ้าระวังการประเมินอาการแต่ไม่ต่อเนื่อง จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นกลุ่มเสี่ยงมีโรคเบาหวาน และเป็นผู้สูงอายุ ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งเมื่อมีการติดเชื้อ มีแนวโน้มที่จะเกิด Sepsis และ Septic Shock มีการศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางคลินิกทรุดลงของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้แก่ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วย ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคตับ ิพยาบาลจึงมีความสำคัญในการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จึงต้องมีสมรรถนะในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ Early warning signs เพื่อค้นหา ประเมิน คัดกรอง และ เฝ้าระวังอาการทรุดลง และให้การดูแลรักษาตามแนวทาง เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วย ปลอดภัย และ ลดอัตราการเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. Parrillo JE. Pathogenetic mechanisms of septic shock. N Engl J Med. 1993 May 20;328(20):1471-7.
2. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) | Critical Care Medicine | JAMA | JAMA Network [Internet]. [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>
3. Liu L, Liu Y, Xing A, Chen S, Gu M. CT Image Feature under Intelligent Algorithm in the Evaluation of Continuous Blood Purification in the Treatment and Nursing of Pulmonary Infection-Caused Severe Sepsis. Khalaf OI, editor. Compute Math Methods Med. 2021 Nov 28;2021:1-9.
4. Dugar S, Choudhary C, Duggal A. Sepsis and septic shock: Guideline-based management. Cleve Clin J Med. 2020 Jan;87(1):53-64.
5. Gyawali B, Ramakrishna K, Dhamoon AS. Sepsis: The evolution in definition, pathophysiology, and management. SAGE Open Med. 2019 Mar 21;7:2050312119835043.
6. Makic MBF, Bridges E. CE: Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. Am J Nurs. 2018 Feb;118(2):34-9.
7. แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน - ค้นหาด้วย Google [Internet]. [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://www.google.com/search>
8. กัญญณ์พัชญ์ ศรีทอง, พยอม ถิ่นอ่อน, กรรวิ พุฒิมวงค์, นันทน์ลิน นาคะกุล, พิธิพัฒน์ เตชะกันทา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการทางคลินิกทรุดลงในผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมง. วารสารกองการพยาบาล. 2023 Aug 28;50(2):16-29.
9. จันจิรา กุญแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2022 Nov 15;7(2):22-9.
10. วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์, 2556). หน้า 311-344.

รูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of outpatient service system development Yang Talad Hospital Kalasin Province.

(Received: September 25,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

พัชรินทร์ เลิศวีรพล¹

Patcharin Lerdveeraphol¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณการรับบริการและระยะเวลาการรอคอยของการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์และศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2565 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2565 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ โดย การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และ Dependent t - test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาให้บริการบริการ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยางตลาด ก่อนดำเนินการ ตั้งแต่เริ่มจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับ รวม 90 – 135 นาที หลังดำเนินการมีระยะเวลาการรับบริการ 84 – 89 นาที (เป้าหมายไม่เกิน 90 นาที) ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด ก่อนดำเนินการ ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาดของบุคลากร อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาดของบุคลากร อยู่ในระดับมากที่สุด ระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการก่อนและหลังดำเนินการก่อนดำเนินการ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด และความพึงพอใจของผู้มารับบริการก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก ของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด และความพึงพอใจของผู้มารับบริการมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ: ระบบการให้บริการ ผู้ป่วยนอก

ABSTRACT

This study was action research (Action Research) aimed to studied the volume of services received and the waiting time of outpatient services. Yang Talad Hospital Kalasin Province and study the model for developing the outpatient service system. Yang Talad Hospital Kalasin Province The study period is between October 2021 - September 2022, a total of 12 months. Sample size included people receiving outpatient services. Yang Talad Hospital Kalasin Province between October 2021 - September 2022. Data were collected from questionnaires. Data analysis by Frequency Distribution, percentage, arithmetic mean and standard deviation (S.D.) and Dependent t - test and content analysis.

The results of the study found that the duration of service Outpatients at Yang Talad Hospital Before proceeding From the start until the patient is discharged, a total of 90 - 135 minutes. After the operation, there is a service period of 84 - 89 minutes (the target is not more than 90 minutes). Comprehensive of activities to reduce the waiting time of service providers in the hospital ward. Outpatient Yang Talad Hospital Before proceeding Understanding activities to reduce waiting times for providers in outpatient wards Yang

¹โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Talat Hospital's personnel is at a moderate level. After processing Understanding activities to reduce waiting times for providers in outpatient wards Yang Talat Hospital's personnel at the highest level The level of satisfaction of those receiving services before and after the operation was overall at a moderate level. After the operation, the overall level was at the highest level. Understanding activities to reduce waiting times for providers in outpatient wards Yang Talad Hospital And the satisfaction of those who received the service before and after the operation was found to be significantly different at the .05 level, with the mean score after the operation being Understanding of activities to reduce waiting times for service providers in the outpatient ward of Yang Talat Hospital personnel. and satisfaction of those receiving services than before operation

Keywords: service system, Outpatient

บทนำ

แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล (Out-Patient Department) มีขอบเขต ภารกิจและหน้าที่ในการ ให้ บริการผู้ป่วยทั่วไป ที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยและผู้มีสุขภาพ ดี บริการในรูปแบบคลินิกต่างๆ เป็นจุดบริการแรก ที่ผู้ป่วยจะต้องมาติดต่อ ซึ่งจะต้องมีพื้นที่ใช้สอย และทางสัญจร ทั้งของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยและ ส่วนสนับสนุนต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ สอดคล้อง กับการปฏิบัติงาน¹ ซึ่งเป็นด้านหน้า ในการรองรับ ผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของ ขั้นตอนการบริการ ข้อจำกัดของเวลา และบุคลากร อีกทั้งการให้บริการมีหลายด้านได้แก่ การต้อนรับ การประชาสัมพันธ์ การคัดกรองผู้ป่วย การให้ ความสะดวก การให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาล เบื้องต้น การช่วยในขณะตรวจรักษา การแนะนำ ผู้ป่วยในการกลับไปดูแล หรือฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน ซึ่งบางครั้งอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ของผู้ใช้บริการไม่ได้ทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบ ปัญหาการสื่อสาร และการประสานงาน ทำให้เกิด ความไม่เข้าใจกันระหว่างเจ้าหน้าที่ กับผู้รับ บริการ ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความไม่พึงพอใจต่อ พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่และอาจมีข้อ ร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เครื่องชี้วัดคุณภาพของ

โรงพยาบาลอย่างหนึ่ง คือ ความพึงพอใจและข้อ ร้องเรียนของผู้ใช้บริการ²

การปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงานหรือ วิธีการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพจะต้องมี การศึกษาอย่างมีระบบแบบแผน ซึ่งการศึกษาการ ทำงาน (Work study) เป็นการศึกษาวิธีการทำงาน (Method study) และ การวัดผลงาน (Work measurement) อย่างมีระเบียบแบบแผน เพื่อให้ เกิดการปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพและ สามารถเป็นเครื่องมือในการเพิ่มแรงจูงใจในการ ทำงานโดยที่ใช้ต้นทุนในการผลิตต่ำ โดยในการ วัดผลงานมีเทคนิคที่ใช้หลากหลายวิธีเช่น การศึกษาเวลาโดยตรง (Direct time study) หรือ การหาเวลาโดยใช้นาฬิกาจับเวลา (Stopwatch time study) การสุ่มงาน (Work sampling) การใช้ตารางเวลามาตรฐาน พรืดิเทอร์มิน (Predetermined time standards :PTS)และการ ใช้ข้อมูลมาตรฐาน (Standard data) สอดคล้อง กับแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)ในเรื่อง ของบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ 3 โดยมีเป้าหมายเพื่อวางแผน อัตรากำลังให้สอดคล้องกับรอบความต้องการ อัตรากำลังของประเทศ ให้บุคลากรเพียงพอ มีคุณภาพ มีการกระจายที่เหมาะสมเป็นธรรมและทั่วถึง³

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ พัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก พบว่า ระบบการคัดกรองผู้ป่วยมีส่วนสำคัญที่สุด หาก



ระบบมีรูปแบบที่ชัดเจน มีความละเอียด เพียงตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อย จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดกรอง ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดความแออัดในพื้นที่การรักษา ลดความเครียดของพยาบาล ที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองและลดอัตราความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ^{2,4}

โรงพยาบาลยางตลาด มีระบบการให้บริการโดยใช้ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยด้วยเอกสารแฟ้มเวชระเบียน เสมือนใบนำทางให้ผู้ป่วยใช้ในการให้ประวัติแก่เจ้าหน้าที่ให้บริการซักประวัติ โดยเมื่อมีการรับบริการที่ห้องเวชระเบียน (ห้องบัตร) เจ้าหน้าที่เวชระเบียนจะค้นแฟ้มประวัติให้ผู้ป่วยเพื่อนำแฟ้มประวัติไปส่งให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลในการซักประวัติและรอเข้าพบแพทย์โดยมีแฟ้มประวัติเป็นชุดเอกสารในการนำทางไปยังจุดบริการต่างๆ เช่น ห้องตรวจ ห้องจ่ายยา จุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ จุดเอกซเรย์ และแผนกอื่นๆ ของการให้บริการ จนนำไปสู่ความเสี่ยงต่างๆ ที่มักเกิดขึ้นระหว่างการให้บริการ ส่งผลต่อระยะเวลาในการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้น เกิดความล่าช้าในการรับบริการของผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาของการรับบริการมากถึง 120-150 นาทีต่อการให้บริการ ตั้งแต่เริ่มจนเสร็จสิ้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการศึกษานี้จึงเป็นการศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้เกิดคุณภาพมาตรฐานและผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสามารถนำมาใช้ได้จริง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปริมาณการรับบริการและระยะเวลาการรอคอยของการให้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2565 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – เดือน กันยายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนในการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนในการดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้
- 1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 การปรับหรือกำหนดกิจกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 ตามดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 การสรุปถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบบันทึกระยะเวลาการให้บริการ

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ ความพึงพอใจท่านมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ ความพึงพอใจท่านมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ ความพึงพอใจท่านปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ ความพึงพอใจท่านน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ ความพึงพอใจท่านน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁵

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิด และข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่

ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .867

2.3 แบบสอบถามความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ ความเข้าใจของท่านมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ ความเข้าใจของท่านมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ ความเข้าใจของท่านปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ ความเข้าใจของท่านน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ ความเข้าใจของท่านน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁵

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิด และข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่



เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .737

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. การปรับหรือกำหนดกิจกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ตามดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
4. การสรุปถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ปริมาณการรับบริการและระยะเวลาการรอคอยของการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ระยะเวลาให้บริการบริการ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด ก่อนดำเนินการ ตั้งแต่เริ่มจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับ รวม 90 – 135 นาที หลังดำเนินการมีระยะเวลาการรับบริการ 84 – 89 นาที (เป้าหมายไม่เกิน 90 นาที)

1.2 ปริมาณการผู้มารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด ก่อนดำเนินการ จำนวนเฉลี่ยต่อวันหลังดำเนินการ จำนวน เฉลี่ยต่อวัน

2. รูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยการพัฒนาขั้นตอนการบำบัด การรอ Screen การ Screen การรอตรวจ การเข้ารับการรักษา การรอรับยา

3. ผลของรูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด ก่อนดำเนินการ ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาดของบุคลากร อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาดของบุคลากร อยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 ระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ก่อนและหลังดำเนินการก่อนดำเนินการ โดยรวม

อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด

3.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด และความพึงพอใจของผู้มารับบริการก่อนและหลังดำเนินการ

พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก ของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ มากกว่าก่อนดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก ของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด และความพึงพอใจของผู้มารับบริการก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
Comprehensive	2.88	0.28	4.42	0.18	23	-21.578	.000	-1.67946	-1.38562
Satisfaction	2.85	0.31	4.42	0.18	23	-26.506	.000	-1.68694	-1.44269

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาให้บริการบริการ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยางตลาด ก่อนดำเนินการ ตั้งแต่เริ่มจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับรวม 90 – 135 นาที ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาดของบุคลากร อยู่ในระดับปานกลาง ระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการก่อนดำเนินการ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง จึงได้มีการจัดทำรูปแบบการพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยการพัฒนาขั้นตอนการทาบัตร การรอ Screen การ Screen การรอตรวจ การเข้ารับการรักษา ตามแนวคิดของ Smart Hospital ^{3,6} ส่งผลให้ หลังดำเนินการมีระยะเวลาการให้บริการ 84 – 89 นาที (เป้าหมายไม่เกิน 90 นาที) ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาดของบุคลากร อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางตลาด

และความพึงพอใจของผู้มารับบริการก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความเข้าใจในกิจกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยนอก ของบุคลากร โรงพยาบาลยางตลาด และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ มากกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ นันทชัย นฤนาทนาเสฏฐ์.(2563)⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ในห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ในห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม แบ่งเป็น 6 มาตรฐาน ประกอบด้วย 1) การคัดกรอง ชักประวัติ และจัดลำดับความเร่งด่วน 2) การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 3) การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลขณะรอตรวจ 5) การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล และ 6) มาตรฐานการส่งต่อการ

รักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหรือห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และผลการศึกษาระดับความพึงพอใจแบ่งเป็นลักษณะงานแต่ละรายข้อของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน การเป็นอิสระในงาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เฉลี่ย = 128.6, (SD = 9.74) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา อะโนศรี (2563)⁸ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มงานผู้ป่วยนอกผลการวิจัย พบว่า ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการวิจัยที่มีศึกษาสถานการณ์ปัญหา พบว่าระบบการบริการพยาบาลไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน บุคลากรขาดองค์ความรู้ในเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยเชิงระบบ การเข้าถึงและรับบริการ (Access & Entry) ที่สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการบริการอย่างสะดวกและทันเวลาอย่างไม่ครบทุกขั้นตอนและขาดระบบสนับสนุนการติดตามดูแลต่อเนื่อง ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ในตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย มาเป็นกรอบในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital, In- Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็ว ปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน และระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผลการวิจัย พบว่าภายหลังการใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นใหม่ พยาบาลผู้ปฏิบัติมีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทักษะทางการพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยและญาติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจที่มีต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในระดับที่มากที่สุด

และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ศรีสร้างคอม และอมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล.(2566)⁹ ได้ศึกษาการพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลในยุค New Normal แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพแนวปฏิบัติรายหมวดทั้ง 6 หมวดมีคะแนนมากกว่า 50% มีหมวดที่มีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด คือ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ (74%) หมวดที่มีค่าน้อยที่สุด คือ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (68%) ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.1, S.D. = 0.5) ความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ความพึงพอใจผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.0, S.D. = 0.8)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก ควรนำแนวคิด Smart Hospital มาใช้ในการกำหนดบทบาท รูปแบบการให้บริการที่เอื้อต่อความสะดวก รวดเร็ว ที่ยังได้คุณภาพมาตรฐาน การจัดแยกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีจำนวนมากให้รับบริการประจำวัน การส่งต่อการรับยาโรคเรื้อรังไปที่รพ.สต. และการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับทีมแพทย์ผู้ตรวจรักษาด้านรูปแบบการวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาผู้ป่วย และนำไปพัฒนาขั้นตอนการทำบัตร การรอ Screen การ Screen การรอตรวจ การเข้ารับการตรวจ การรอรับยา เพื่อนำสู่กาลดระยะเวลารอคอยที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมาการศึกษา ในระยะยาวและเสริมสร้างความเข้าใจในการรับบริการของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2558). คู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อม: แผนกผู้ป่วยนอก. กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
2. พัทธี สุมานิตย์.(2565). การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุมภวาปีจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 3(1). 85-98
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2562). แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน <https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/>
4. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E.(2010). Modern Triage in the Emergency Department. Dtsch Arztebl Int. 107 (50) : 892-98.
5. Best JW.(1981). Research in Education. 4th ed. New Jersey : Prentice–Hall.
6. กาญจน์หทัย กองภา สมิหระ จิตตลดากร.(2564). การนำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติ: กรณีศึกษา SMART HOSPITAL ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ. 6(3). 152-64
7. นันทชญาณัน นฤนาทนาเสฏฐ์.(2563). การพัฒนาสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ในห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 17(2) : 111-8.
8. ลัดดา อะโนศรี.(2563). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มงานผู้ป่วยนอก. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 5(2) : 186-91
9. จินตนา ศรีสร้างคอม, อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล.(2566). การพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลในยุค New Normal แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 7(13). 109-112



กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตกระดูกสันหลังส่วนคอหักที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

A Case Study: Nursing in Emergency and Critically of fracture of the cervical Spine Level with Spinal cord injury in Kalasin Hospital.

(Received: September 25,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

จิรนนท์ ทิวทอง¹

Jeeranan Thiwtong

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล และ 2) เสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหักและมีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหักและมีภาวะบาดเจ็บไขสันหลังในหอผู้ป่วย : กรณีศึกษา 2 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูล จากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาทางการแพทย์ จากเวชระเบียน การสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต ผลการศึกษาพบว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยที่เหมือนกัน คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดประสาทไขสันหลังถูกกดหรือถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ แผลกดทับ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 3) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ 4) เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ 5) ไม่สุขสบายจากภาวะท้องผูกทำให้มีลมในลำไส้ 6) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวด 7) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย และ 8) ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยที่ต่างกัน คือ 1) ความดันโลหิตต่ำจาก Neurogenic shock 2) มีภาวะสูญเสียการทำงานชั่วคราวของไขสันหลัง 3) ภาวะระดับน้ำตาลเลือดสูงผิดปกติ ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายผู้ป่วยแต่ละราย พยาธิสภาพและความรุนแรงของอุบัติเหตุ

สำคัญ: การพยาบาลภาวะฉุกเฉินและวิกฤตกระดูกสันหลังส่วนคอหัก, บาดเจ็บไขสันหลัง

Abstract

This study aim to 1) keep patients safe from complications during treatment in the hospital. 2) Empowerment of patients and caregiver of fracture of the cervical spine level with spinal cord injury could care after discharge from hospital. Study with 2 case of the cervical spine level in Orthopedic department Kalasin hospital. Data were collected by patient history, physical examination, laboratory, medical treatment, medical record, interrogation form patient and relative and observation.

Result; Problem of patients as well 1) Increasing risk of spinal cord injury due to compression fracture 2) Risk of infection in the urinary tract and pressure sore and pneumonia 3) Worrying about the disease 4) Risk of mal-nutrition 5) Feeling uncomfortable due to constipation 6) Causing pain due to cervical Nerve root compression 7) Decreasing their value of life 8) Lack of skill comprehensive care when discharge from hospital. Apart from above, there are different nursing diagnosis. 1) Hypotension due to neurogenic shock. 2) Spinal shock 3) Hyperglycemia; depending on the patient' physical condition, etiology and aggression of accident.

Keywords: Nursing in emergency and critically, Fracture of the cervical Spine Level, Spinal cord injury

บทนำ

การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและไขสันหลัง เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในปัจจุบัน พบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศต่าง

ๆ ทั่วโลก สาเหตุที่พบได้บ่อยของภาวะนี้ คือ อุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 38) การบาดเจ็บไขสันหลังเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยผู้บาดเจ็บไม่รู้ตัวมาก่อน ในระยะแรกของการบาดเจ็บ ผู้บาดเจ็บไขสันหลังจะ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สูญเสียการรับรู้รู้สึก และความสามารถในการทำงานของร่างกายส่วนที่ต่ำกว่าพยางคิสภาพ การบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical spine injury) มักจะมีประวัติอุบัติเหตุชัดเจน มีอาการปวดตื้อนคอ กล้ามเนื้อคอแข็งเกร็ง ปวด บวม อาจมีรอยฟกช้ำได้ในบางกรณี และไม่สามารถยกศีรษะจากท่านอนขึ้นลอยจากพื้นเตียงมาแตะบริเวณหน้าอก เนื่องจากมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเกิดการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทการเคลื่อนไหว ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก และระบบประสาทอัตโนมัติ มักมีอาการปวดที่รุนแรง ร่วมกับมีแขนหรือขาชา และอ่อนแรง ในบางรายอาจมีอาการอาเจียนหรือเสียชีวิตได้ หรืออาจมีภาวะ Neurogenic shock ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บความดันโลหิตต่ำ อัตราการเต้นของหัวใจช้า พยางคิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจมีการอัมพาต ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังหายใจลำบาก ความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับของการบาดเจ็บของไขสันหลังการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นจากพยางคิสภาพนั้นมีผลกระทบในระยะยาวอย่างต่อเนื่องจนอาจตลอดชีวิต เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะต้องใช้ระยะเวลาการดูแลรักษายาวนาน ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้บาดเจ็บ และครอบครัว ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง หากได้รับการช่วยเหลือรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะช่วยป้องกันการเกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อน ได้ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และนอนบนเตียงนานภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ท้องอืด หรือมีการกดทับของประสาทไขสันหลังมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน นำมาซึ่งภาวะวิกฤตของชีวิต¹⁻⁴

จากสถิติผู้รับบริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2564 ถึง 2566 พบว่ารับผู้ป่วยกระดูกหักทั้งหมด 1,499, 1,493 และ 1,457 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหักทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 24.05, 36.69, 37.50 ตามลำดับ ร้อยละ 90 เป็นเพศ

ชาย (ข้อมูลเวชสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2566) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างอยู่โรงพยาบาลคือ อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 พบ 0.79, 0.13 และ 0.48 ต่อ 1000 วันนอน ตามลำดับ (เกณฑ์ < 0.5:1000 วันนอน) เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะพบ 1.05, 0.43 และ 0.48 ต่อ 1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ (เกณฑ์ < 0.45 : 1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ) ปอดอักเสบพบ 1.19, 0.18 และ 0.72 (เกณฑ์ 0 %) ต้องนอนในโรงพยาบาล เฉลี่ย 28 วัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว บางรายต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของพยางคิสภาพ โรคร่วม ภาวะโภชนาการ ปัจจัยด้านญาติที่ดูแล ได้แก่ การไม่มีญาติดูแล ความสัมพันธ์ของญาติที่ดูแลกับผู้ป่วย สมรรถนะของผู้ดูแล และปัจจัยด้านบุคลากรผู้รักษาพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ ทั้งในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่อง และระยะฟื้นฟู โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จากเหตุผลดังกล่าว ได้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหักให้ได้มาตรฐาน โดยให้ความสำคัญ เริ่มตั้งแต่การดูแลรักษาขณะเคลื่อนย้าย ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การทำหัตถการ การดูแลขณะรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหรือการฟื้นฟูที่บ้าน เพื่อลดการเสียชีวิต ความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้บาดเจ็บ กลับไปอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ดีต่อไป⁶⁻⁸

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา ความต้องการในการตอบสนองปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกหลังส่วนคอหักที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลังในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตขณะรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย โดยได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นการเจาะจงเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแตกต่างกัน จำนวน 2 ราย ในหอ



ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาล
ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตกระดูกสันหลังส่วนคอ
หักที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
จำนวน 2 ราย

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหักที่มีภาวะ
บาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับ
มอบหมาย ให้ดูแลจำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับอาการ
สำคัญประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการ
เจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบ
แผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์, CT scan,
MRI และแผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้าบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
จากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ ตลอดจน
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสันหลัง
ส่วนคอหักที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้ง
สังเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการ
พยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการ
พยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและ
ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการ
แก้ไขปัญหา

7. ดำเนินการจัดพิมพ์และเผยแพร่

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลที่ศึกษา

ข้อมูลที่ศึกษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัย	Fracture C3-C4 with Spinal cord contusion C2-C7, intramedullary hematoma C3/C4, Cerebral concussion, DM type II.	Fracture at C4, C5 spine with Spinal cord injury C3/4, C4/5, Cerebral concussion, neurogenic shock.
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี สัญชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ อาชีพ ทำนา การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 ภูมิลำเนา จังหวัดกาฬสินธุ์	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี สัญชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ อาชีพ ทำนา การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 ภูมิลำเนา จังหวัดกาฬสินธุ์
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	ขับรถกระบะเฉี่ยวชนกับรถเก๋ง สลอบ จำ เหตุการณ์ไม่ได้ ปวดต้นคอรั้วตามต้นแขน มึนชาแขน ขา 2 ข้าง อ่อนแรงเดินไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระไม่ได้ เป็นก่อนมา 6 ชั่วโมง	ขับรถจักรยานยนต์พุ่งข้าง พลิกคว่ำลงข้างถนน ไม่มีประวัติ สลอบ ปวดต้นคอรั้วตามไหล่และต้นแขน มึนชาแขน ขา 2 ข้าง ขาอ่อนแรงเดินไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระไม่ได้ เป็นก่อนมา 6 ชั่วโมง
ประวัติการ เจ็บป่วยใน ปัจจุบัน	6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยขับรถกระบะเฉี่ยวชนกับ รถเก๋ง สลอบ ตีศีรษะก่อนเกิดอุบัติเหตุ กู้ชีพนำส่ง โรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มาด้วยอาการ ปวดต้นคอ มึนชา อ่อนแรง แขนและขาทั้ง ขา ทั้ง 2 ข้าง เดินไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระไม่ได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (467 mg%) ให้ยา ลดระดับน้ำตาลในเลือด RI 10 unit iv stat at ER ให้เจาะ DTX อีก 15 นาที เจาะ serum ketone ผล negative Keep DTX 80-200 mg% แล้วส่งเข้า ward	6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถ จักรยานยนต์ พุ่งข้างพลิกคว่ำลงข้างถนน ไม่มีประวัติสลอบ กู้ชีพนำส่ง โรงพยาบาลชุมชน มีอาการปวดต้นคอ มึนชาแขน ขา 2 ข้าง อ่อนแรง เดินไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระไม่ได้ ขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลชุมชนมีความ ดันโลหิตต่ำ BP=86/45 mmHg พบว่ามีภาวะ neurogenic shock ได้รับยา levophed (4:250) iv drip 5 mL/min On NSS 1,000 mL iv 100 mL/hr. ก่อนส่งต่อมารักษาที่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลที่ศึกษา

ข้อมูลที่ศึกษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	observe neuro sign if GCS drop ≥ 3 รายงานแพทย์, เจาะ DTX at ward then ทุก 6 ชั่วโมง ให้ RI ตามคำสั่งรักษาของแพทย์ On NSS 1,000 ml iv rate 100ml/hr.	ตรวจร่างกาย PR loose of sphincter tone, Bulbocavernosus reflex negative ได้ Methylprednisolone 1,440 mg+ NSS 100 ml iv drip in 15 min at ER. แล้วส่งเข้า ward
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวโรคเบาหวานประมาณ 10 ปี ขาดการรับยาต่อเนื่อง	ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ		
1. Vital sign	อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/57 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท
2. General appearance	Thai male, looked Drowsiness, fatigue, BW 65 kgs, BH 165 cm., BMI 23.87 Kg/m ²	Thai male, looked confuse, no pale BW 49 kgs, BH 150 cm, BMI 21.77 Kg/m ²
3. HEENT	no pale, no jaundice, neck pain; limit range of motion.	no pale, no jaundice, neck pain; limit range of motion.
4. Heart	normal S1, S2, no murmur.	normal S1, S2, no murmur.
5. Lung	Lung clear both site, normal breath sound both lung	Lung clear both site, normal breath sound both lung
6. Abdomen	Soft, not tenderness	Soft, not tenderness
7. Genitourinary	No ulcer, foley cath no bleeding, CVA not tenderness. Loss sphincter tone. Bulbocavernosus reflex positive.	No ulcer, foley cath no bleeding, CVA not tenderness. Sphincter tone Negative, Bulbocavernosus reflex negative.
8. Extremities	Pitting edema 1+ both leg, Motor power grade 2, decrease pin prick sensation below umbilical area, Deep to reflex 0-1, numbness	Pitting edema 1+ both leg, Motor power grade 0, decrease pin prick sensation below umbilical area, Deep to reflex 0-1, numbness
9. Neuro-sign	GCS E4V5M6 pupil 3 min RTL BE Motor power grade 2.	GCS E4V5M6 pupil 3 min RTL BE Motor power grade 0.
10. สภาพจิตใจและอารมณ์	ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล เครียดกับอาการบาดเจ็บ	ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล เครียดกับอาการบาดเจ็บถามตอบคำถามน้อย

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ความดันโลหิตต่ำจาก Neurogenic shock ข้อมูลสนับสนุน S : “เหนื่อย หายใจไม่เต็ม” O : ผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังส่วนคอหัก แพทย์วินิจฉัย Fracture C3-C4 with spinal cord injury C3/4, C4/5, Neurogenic shock, Quadriplegia O: สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 °C อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 86/54 mmHg	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ว่ากระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ NSS 1,000 ml iv rate 100 ml/hr. ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ 3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา levophed (4:250) drip with infusion pump 5 ml/hr. Keep SBP > 90 mmHg ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลให้ได้รับยา Methylprednisolone 1,440 mg +NSS 100 ml iv drip in 15 min then 5,962 mg + NSS 1,000 ml iv drip in 23 hr. 5. วัดสัญญาณชีพ ทุก 30 ชั่วโมงที่แผนกฉุกเฉิน สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์ : เพื่อปรับระดับประคองให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติจาก Neurogenic shock เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะดังต่อไปนี้ 1. Hypotension (SBP<90 mmHg) 2. Bradycardia (HR<60 /min)	6. ตรวจปริมาณของเหลวเข้า-ออกของร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง ถ้ามีปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์
แผนการ เกณฑ์การประเมินผล 3. Hypothermia (BT<36 C) 4. ปัสสาวะออก มากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง	การประเมินผล 1. กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ไม่มีภาวะ Neurogenic shock 2. กรณีศึกษาครั้งที่ 2 หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Neurogenic shock อุณหภูมิร่างกาย 36-37.5 °C อัตราการเต้นของหัวใจ 52-68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/62-148/62 mmHg ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
2. มีภาวะ Hyperglycemia ข้อมูลสนับสนุน S : “ผมเป็นเบาหวาน ไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง” O : ผู้ป่วยมีประวัติเบาหวาน 10 ปี ขาดการไปตรวจตามนัด DTX=467 mg%, RI 10 unit iv at ER O : สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 °C อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/73 mmHg วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการของภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) โดยไม่มีอาการดังต่อไปนี้ 1.1 หายใจหอบเหนื่อย สมองมึนงง 1.2 ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ 1.3 สับสน ซึมลง 1.4 Serum ketone negative 2. ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 70-100 mg%	1. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น ซึม กระวนกระวาย หายใจหอบเหนื่อย สับสน ซึมลงหรือหมดสติ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา 2. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและวางแผนให้การช่วยเหลือได้ทันเวลา 3. ดูแลให้ได้รับยา RI 10 unit iv ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ 5. เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังให้ RI เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและ วางแผนการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง 6. เฝ้าระวังการเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับอินซูลิน เช่น มึนงง ปวดศีรษะ หาว ตาพร่ามัวพูดไม่ชัด เหงื่อออกตัวเย็น ผิวหนังแห้ง ถ้าพบรีบให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทันที 7. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดสูงทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา ถ้าพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ รายงานแพทย์เพื่อการช่วยเหลือได้ทันเวลา การประเมินผล <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 1</u> 1. ระดับน้ำตาลในเลือดยังสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แต่ยังคงควบคุมด้วยการให้อินซูลินได้ =153-241 mg% แพทย์ปรับยาอินซูลินและให้เจ้าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารและก่อนนอน และสังเกตอาการต่อ 2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Diabetic ketoacidosis ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หายใจหอบเหนื่อย สมองมึนงง ผลไม่ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ สับสน ซึมลง 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37-37.4 °C ชีพจร 60-64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/84 -134/64 mmHg <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 2</u> ไม่มีภาวะ Hyperglycemia

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และการจัดการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	การจัดการพยาบาล
3. เสี่ยงต่อการเกิดประสาทไขสันหลังถูกกดหรือถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลสนับสนุน S : “ปวดต้นมาก” O : ประเมินระดับความปวด 8-10 คะแนน : กรณีสึกษารายที่ 1 ผลเอกซเรย์พบ Fracture C3-C4 spine ผล CT scan, MRI พบ Spinal cord contusion C2-C7 : กรณีสึกษารายที่ 2 ผลเอกซเรย์พบ Fracture C4-C5 spine ผล CT scan, MRI พบ Spinal cord injury C3/4, C4/5, : มีneurogenic shock. วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะ Progressive Neurological deficit เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการ มีขา อ่อนแรง เพิ่มมากขึ้น	1. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยเปลตัก หรือ spinal board 2. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยแบบท่อนไม้ 3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญในการพลิกตะแคงตัวแบบท่อนไม้ 4. การจัดทำผู้ป่วยต้องให้แนวของกระดูกสันหลังเป็นแนวตรง ตั้งแต่กระดูกสันหลังส่วนคอ ส่วนอกและส่วนเอว 5. ประเมินระดับความสามารถในการรับรู้ของอวัยวะที่อยู่ต่ำกว่าส่วนที่หัก ถ้าลดลงให้รายงานแพทย์ 6. ประเมินความสามารถของกล้ามเนื้อ ในการต้านแรงโน้มถ่วง ถ้าลดลงให้รายงานแพทย์ 7. วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินผล <u>กรณีสึกษารายที่ 1และ 2</u> หลังให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะ Progressive Neurological deficit แต่แขน ขา ทั้ง 2 ข้างการรับรู้สัมผัสสัมผัสเพิ่มขึ้นทั้ง 2 ราย
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ แผลกดทับ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน S : “เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้, กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้” O : ผู้ป่วยต้องนอนหงายราบบนเตียงเป็นเวลานาน O : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขน ขาอ่อนแรง : รายที่ 1 Motor power grade. 2 : รายที่ 2 Motor power grade. 0 : ผู้ป่วยปวดต้นคอมาก เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โรคที่เป็นอยู่ อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2. สร้างความตระหนัก สร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติได้เห็นความสำคัญ ความจำเป็น และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3. สอน สาธิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ 10 ครั้งต่อ 1 รอบ และทำ 10 รอบ ต่อ 1 วัน เพื่อให้ปอดมีการพองขยายรับออกซิเจนอย่างเพียงพอกับร่างกายต้องการ ไม่เหนื่อยอ่อนเพลีย 4. สอนการไอที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่แล้วไอออกมาเต็มที่ เพื่อขับเสมหะ สิ่งอุดตันทางเดินหายใจ 5. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร เพื่อให้ร่างกายได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ 6. ตรวจสอบปริมาณน้ำและของเหลว เข้า- ออกจากร่างกายเพื่อดูความสมดุลและความเพียงพอ และประเมินภาวะช็อก 7. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธุ์ วันละ 2 ครั้งและทุกครั้งที่ขับถ่ายอุจจาระ 8. สังเกต สีของปัสสาวะ ความเข้มข้น มีหนอง ตะกอนหรือไม่ 9. จัดให้ถุงน้ำปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าร่างกาย และไม่ให้อยู่ในตำแหน่ง เพราะจะเกิดการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะ และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย 10 จัดให้ผู้ป่วยนอนที่นอนนุ่ม ที่นอนลม เพื่อลดแรงกดทับมาที่ปุ่มกระดูกของผู้ป่วย 11. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย แบบท่อนไม้ เพื่อเปลี่ยนท่า ป้องกันการเกิดผิวหนังเนื้อเยื่อขาดเลือดและเกิดแผลในที่สุด 12. นวดบริเวณปุ่มกระดูก เพื่อกระตุ้นให้มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงบริเวณปุ่มกระดูก 13. ดูแลความสะอาดผิวหนัง ให้สะอาด ไม่เปื่อยขึ้น



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	14. ไม่ดึง ลากตัวผู้ป่วย เพราะจะเกิดการเสียดสีกับที่นอน ทำให้ผิวหนังถลอกได้ การประเมินผล หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ แผลกดทับ และไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ทั้ง 2 ราย
5. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยถามว่า “เมื่อไหร่ข้าจะมีแรงครับ” : “ลาจนหลายวันแล้ว กลัวถูกไล่ออก” O : ผู้ป่วยนอนไม่สบตาใครเวลาพูดคุย แสดงแวตาคำครุ่นคิดอยู่ตลอด บางครั้งมีน้ำตาคลอในดวงตา : ผู้ป่วยมักนอนหลับตา นิ่งเงียบอยู่เสมอ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวลลดลง : สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม พูดคุยตอบคำถามมากขึ้น	1. หมั่นเยี่ยมตรวจผู้ป่วย ให้สม่ำเสมอ 2. พูดคุยกับผู้ป่วย ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก 3. ให้ข้อมูลผู้ป่วย เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ 4. แนะนำผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บเช่นเดียวกับผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยน 5. ให้ความรู้ สร้างเสริมพลังอำนาจ ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ว่าผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัว อย่างไรจึงจะสามารถ ฟื้นฟูได้เร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 6. ให้การดูแลรักษาพยาบาล ด้วยความนุ่มนวล เป็นมิตร ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ การประเมินผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย บอกว่า คลายความกังวล หลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมง พูดคุยเป็นกันเองกับพยาบาลมากขึ้น ซักถามวิธีดูแลตัวเองมากขึ้น
6. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “กินข้าวได้น้อย ไม่อยากกินข้าว ไม่รู้ว่าอะไรจะอร่อย” O : ผู้ป่วยท่าทางอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย : รับประทานอาหารอ่อนทุกมื้อ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากอาหาร 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด : เยื่อเมือกมีสีแดง Hct > 36 : การวัดขนาดสัดส่วนกล้ามเนื้อ แขน ขา ขนาดไม่ลดลง	1. ประเมินภาวะได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายจากการรับประทาน, BMI และการวัดสัดส่วนร่างกาย 2. กระตุ้นให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย 3. ส่งปรึกษานักโภชนาการเพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพียงพอตามแผนการรักษา 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Hct, albumin) 6. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายครั้งละ น้อย ๆ บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน และมีเครื่องเทศเข้มข้น 7. ดูแลให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา 8. จัดอาหารให้น่ารับประทาน เพื่อกระตุ้นการอยากอาหาร 9. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดรับประทานร่วมกันหรือทานพร้อมญาติ 10. ถ้าเบื่ออาหารโรงพยาบาลอาจให้ผู้ป่วย/ญาติ เลือกอาหารเองหรือแนะนำญาตินำอาหารมาเองโดยไม่ขัดกับโรคที่เป็น การประเมินผล กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นจากแรกรับ รับประทานข้าวต้มได้ครั้งเดียว ซึ่งยังน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ไม่มีภาวะซีด ผลการตรวจ Hct 40 vol% ขนาดความยาวที่วัดรอบแขน ขาและเอวลดลง กรณีศึกษารายที่ 2 ยังรับประทานอาหารไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด มีภาวะซีดเล็กน้อย ผลการตรวจ Hct 36.6 vol% (ค่าปกติ 40-50 vol%) ขนาดความยาวที่วัดรอบแขน ขาและเอว ลดลง
7. ไม่สุขสบายจากภาวะท้องผูกทำให้มีลมในลำไส้ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “อึดอัด แน่นท้องไม่ถ่าย 4 วัน”	1. ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ลำไส้ได้เคลื่อนไหว เมื่อพ้นระยะจำกัดกิจกรรมแล้ว กระตุ้นให้เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ไข้หวัดเพียงสูง ฝึกการถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาเดียวทุกวัน หลังการรับประทานอาหารประมาณ 30 นาที ให้อนตะแคงซ้าย

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
○ : ผู้ป่วยสีหน้าอิดโรย ไม่สุขสบาย ท้องอืดบวม คลำท้องพบก้อนแข็งบริเวณลำไส้ใหญ่ วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกสบายขึ้น ขับถ่ายได้ 2. ขับถ่ายอุจจาระทุก 1 หรือ 2 วัน ไม่มีอุจจาระอัดแน่น	2. ดูแลให้ดื่มน้ำมาก ๆ 2,500-3,000 ซีซี/วัน 3. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีกากใย ได้แก่ ผักสด ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องผูก เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ 4. สอนและสาธิตญาติ ในการนวดหน้าท้องให้ผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ นวดไปตามแนวลำไส้ วัน รอบสะดือ ตามเข็มนาฬิกาประมาณ 10 รอบ 5. สาธิตและสอนญาติช่วยล้างก้นให้ผู้ป่วยอุจจาระออกตามวิธีการที่ถูกต้อง 6. ให้ยาช่วยขับถ่าย Lactulose 30 ml ๑ ก่อนนอน 7. ติดตามการขับถ่ายทุกวัน การประเมินผล <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 1</u> อาการท้องอืด แน่นท้องดีขึ้น ถ่ายอุจจาระ 2-3 วัน/ครั้ง บอกว่าต้องล้างถ่ายด้วยทุกครั้งถึงจะถ่ายอุจจาระออกได้ <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 2</u> ผู้ป่วยยังมีอาการท้องอืดบ้างช่วงเย็น ถ่ายอุจจาระ 3-4 วัน/ครั้ง ทุกครั้งที่ถ่ายอุจจาระญาติต้องช่วยล้างอุจจาระออกให้ทุกครั้งจึงออกหมด
8. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวด ข้อมูลสนับสนุน S : “ปวดตื้อตื้อตามไหล่และแขนมาก” ○ : ประเมินระดับความปวด 8-10 คะแนน : ผู้ป่วยนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวร่างกาย : ผลเอกซเรย์พบมีกระดูกสันหลังคดงอ และมีการกดทับของกระดูกสันหลังคดงอ วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยลดปวดลง ระดับคะแนน น้อยกว่า 3-5 คะแนน 2. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ อย่างน้อย 6 ชั่วโมง เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยบอกปวดลดลง pain score ≤ 3 คะแนน 2. ผู้ป่วยขยับหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่บ่นปวด	1. ติดตามประเมินความปวดของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อให้การพยาบาลและให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษา 2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการบาดเจ็บ อันตราย ของโรคกระดูกสันหลังส่วนคอหัก แผนการรักษา และแผนการพยาบาล 3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ขณะเจ็บป่วย การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันอันตราย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 4. วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง 5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อลดการบาดเจ็บหรืออาการปวดของผู้ป่วย 6. ช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ พร้อมกับการจัดทำทางที่สุขสบายให้ผู้ป่วย 7. จัดกิจกรรมอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยจากอาการปวด 8. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความกังวลและลดความปวด 9. ให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ชนิด MO 4 มก. IV push เวลาปวด ทุก 4-6 ชม. Dynastat 40 มก. IV push ทุก 12 ชม. หรือ Paracetamol 500 มก. 1 tab Oral เวลาปวด ทุก 4-6 ชม. การประเมินผล <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 1</u> pain score 3-5 คะแนน หลังได้รับยาลดปวด MO 4 มก. IV push และเมื่อได้รับยา Dynastat 40 มก. IV push ทุก 12 ชม. ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีไม่บ่นปวด นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 2</u> pain score 2-4 คะแนน มีอาการมีนชามากกว่าอาการปวด จึงไม่ได้ให้ยาบรรเทาอาการปวด ได้รับยาลดปวด MO 2 มก. IV push 1 ครั้ง หลังการผ่าตัดในวันที่ 17 มิถุนายน 2565 จากนั้นรับประทานยาลดปวด Paracetamol 500 มก. 1 tab Oral เวลาปวด นอนหลับพักผ่อนและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีไม่บ่นปวด
9. ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
S : ผู้ป่วยบอก “ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร ถึงจะหาย” : ญาติบอกว่า “ไม่กล้าพลิกตัวผู้ป่วย กลัวทำผิดคะ คุณพยาบาล” O : ผู้ป่วยและญาติไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกต้นคอหัก : ผู้ป่วยและญาติไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย	2. จัดสอนให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหัก การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 3. ฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล/ญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การพลิกตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ การอาบน้ำ ล้างหน้าแปลงฟัน และการรับประทานอาหาร เป็นต้น 4. สอน สานิตการใส่ Soft collar อธิบายท่าทางในชีวิตประจำวัน ไม่ก้ม หรือแหงนหน้าการหันไปทั้งตัวแทนการเอี้ยวคอ และการระมัดระวังป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 5. แนะนำการดูแลบาดแผล และการตัดไหม การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง 6. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีหรือมาก่อนนัด การประเมินผล กรณีศึกษา และญาติทั้ง 2 ราย เข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง มีการซักถามเมื่อสงสัย และไม่มั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่พยาบาลให้เบอร์โทรศัพท์ทางหน่วยงานติดต่อเพื่อสอบถามเมื่อสงสัยการปฏิบัติที่ไม่มั่นใจหรือพบปัญหาขณะกลับไปพักที่บ้าน

อภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษาคือ อุบัติเหตุขั้วกระดูกบริเวณเอวชนกับรถเก๋ง สลบ ปวดต้นคอรัวตามหัวไหล่ มึนชา แขน ขา อ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อูจจะไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทร่วมด้วย มีประวัติดื่มสุราก่อนเกิดอุบัติเหตุ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก เสี่ยงต่อการเกิด Diabetic ketoacidosis ต้องเฝ้าระวังและแก้ไข ปัญหาไม่ให้เข้าสู่ขั้นวิกฤต กรณีศึกษามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก (467 mg%) ขาดการรับยาอย่างต่อเนื่องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้นจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับกรณีศึกษารายที่ 1 การส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของตนเอง จัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองรวมถึงการรับประทานยาประจำอย่างต่อเนื่อง ติดตามอาการหรือผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องได้รับการกระตุ้นเตือนและให้ปฏิบัติอย่างจริงจัง มีอาการปวดต้นคอบ่อย เนื่องจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและการแตกหักของกระดูกสันหลังส่วน

คอ จากการศึกษพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เช่น การฉีกขาดของเอ็น กระดูกหัก การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ รวมทั้งการมีความเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บ จะทำให้มีอาการปวดที่รุนแรงยิ่งขึ้น มีอาการปวดแบบ Neuropathic pain เป็นอาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทไขสันหลัง ซึ่งในกรณีศึกษาจะมีอาการปวดต้นคอรัวตามแขน ใน 2-3 วันแรกจะปวดมาก จึงมีการจัดการความปวดทั้งในรูปแบบใช้ยา และการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่านอนให้กระดูกส่วนคออยู่นิ่ง เพื่อไม่ให้กระดูกกดทับเส้นประสาท และเมื่อเคลื่อนไหวต้องใช้ spinal board หรือเปลตัก รวมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ อธิบายการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ เพื่อผ่อนคลาย (วรรณิ สัตยวิวัฒน์ 2553: 271) และให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษา ทำให้อาการปวดทุเลาลงผู้ป่วยเริ่มพักผ่อนได้ ส่วนด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะการนอนบนเตียงนาน ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง เนื่องจากมีภาวะอัมพาตของแขน ขา ยิ่งเป็นปัจจัย

ส่งเสริมให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูงมาก และยังมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก สูญเสียการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ หากไม่ได้รับการดูแลและป้องกันอย่างเพียงพอ มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้สูงมากเช่นกัน ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ สังเกตเผื่อระวังและปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้ การเกิดภาวะปอดอักเสบ เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้เสมอ พบว่าการนอนราบนาน ๆ ส่งผลให้ปอดมีการพองขยายน้อย ทำให้มีเสมหะคั่งค้างในปอดมากขึ้น กรณีศึกษาจึงมีโอกาสนสูงที่จะเกิดภาวะปอดอักเสบ แต่ถ้าได้รับการกระตุ้นการหายใจเข้า ออกลึกๆ หรือการดูด incentive spirometer (Triflow) การฝึกให้อออย่างมีประสิทธิภาพพอเพียงพอ ความเสี่ยงที่จะเกิดปอดอักเสบลดลง กรณีศึกษากระดูกสันหลังส่วนคอหักที่มีการกดทับประสาทไขสันหลัง มีความจำเป็นที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อประเมินภาวะช็อก เพื่อระบายน้ำปัสสาวะในรายที่ปัสสาวะเองไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พยาบาลควรมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การให้ความรู้ และฝึกทักษะญาติในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นอีกความสำคัญที่ต้องเน้นย้ำ จากการตรวจร่างกายกรณีศึกษา รายที่ 1 พบว่า มี bulbocavernosus reflex แต่ อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อและรับรู้สื่กบางส่วนที่ต่ำกว่ากระดูกสันหลังส่วนคอหักที่ C3/C4 หายไป ย่อมแสดงให้เห็นถึงพยากรณ์โรคไม่ดี ซึ่งไขสันหลังส่วนที่ต่ำกว่าส่วนของกระดูกหัก มีโอกาสฟื้นตัวได้มากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการถูกทำลายของเส้นประสาทไขสันหลังว่ามากน้อยเพียงใด สังเกตจากมีอาการการฟื้นตัวให้เห็นบ้าง ได้แก่ความรู้สึกและกำลังกล้ามเนื้อภายใน 24 ชั่วโมง แสดงว่าเนื้อไขสันหลังไม่ถูกตัดขาด หรือไม่เสียหายทั้งหมดที่ระดับนั้น แสดงว่ากรณีศึกษา รายที่ 1 มีการบาดเจ็บไขสันหลังแบบ incomplete cord injury¹⁰

การรักษาด้วยการผ่าตัดจึงเป็นแนวทางการรักษาแรกที่จะช่วยป้องกันการกดทับไขสันหลัง ไม่ให้มีการเสียหายของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น มีการส่งตรวจให้

ละเอียดมากขึ้นโดยส่งตรวจ MRI พบ Fracture C3-C4 with Spinal cord contusion C2-C7, intramedullary hematoma C3/C4. ทำการผ่าตัด Anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) เพื่อเอาส่วนที่กดทับออก และป้องกันการกดทับเส้นประสาทไขสันหลังไม่ให้มีการเสียหายของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเพื่อให้กระดูกต้นคอมีความมั่นคงสามารถทำกายภาพบำบัดได้เร็วขึ้น⁹⁻¹¹

กรณีศึกษา รายที่ 2 เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษาในวันที่ 11 มิถุนายน 2564 มาด้วยข้อรถจักรยานยนต์พุ่งข้างพลิกคว่ำลงข้างถนน สลบ ปวดต้นคอ ร้าวตามหัวไหล่ มึนชา แขนขา อ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทร่วมด้วย ตรวจร่างกายแรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน พบว่ามีภาวะ Neurogenic shock วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3°C อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 86/54 mmHg ให้ NSS 1,000 ml iv 100 ml/hr. ให้ ยา levophed (4:250) iv rate 5 ml/hr. ผู้บาดเจ็บได้รับการแก้ปัญหา Neurogenic shock โดยมีการปรับยา inotropic drug และขนาดยาที่ให้ ตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่ 22 มิถุนายน 2565 จึงสามารถหยุดการให้ยา inotropic drug ได้ นอกจากนี้ มีภาวะ spinal shock (Bulbocavernosus reflex = 0) มีการสูญเสียการทำงานชั่วคราวของไขสันหลัง ได้แก่ Sensory motor และ Reflexes ที่อยู่ระดับต่ำกว่าไขสันหลังระดับที่ได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้กรณีศึกษา รายที่ 2 ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ไม่มีความรู้สึกและไม่มีรีเฟล็กซ์ในระดับที่ติดต่อด้านตำแหน่งของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บคือ C3/4, C4/5 โดยทั่วไปรีเฟล็กซ์จะกลับมาภายใน 24-72 ชั่วโมง แพทย์พิจารณาให้ยาสเตียรอยด์ คือ Methylprednisolone 1,440 mg in NSS 100 ml iv drip in 15 min. then Methylprednisolone 5,960 mg in NSS 1,000 ml iv drip in 23 hr. อาการที่บ่ง

บอกว่าภาวะ spinal shock ลึกลง คือการกลับคืนของปฏิกิริยาตอบสนองโต้ตอบต่อตัวกระตุ้นแบบอัตโนมัติ ตรวจโดยสอดนิ้วเข้าไปในรูทวารหนักของผู้บาดเจ็บแล้วให้ผู้ช่วยทำการกระตุกสายสวนปัสสาวะ แล้วผู้ตรวจมีความรู้สึกว่ารำลึกเนื้อหุรัดทวารหนักภายนอกมีการบีบตัว (bulbocavernosus reflex) และการตรวจพบการขมิบก้นเมื่อมีการสัมผัสผิวหนังรอบรูทวาร (anal wink reflex) กรณีศึกษาตรวจพบมี bulbocavernosus reflex motor power grade. II ทั้งแขน และขาทั้ง 2 ข้างในวันที่ 13 มิถุนายน 2565 ประสาทไขสันหลังเริ่มกลับมาทำงานได้ดีขึ้น

จากอาการและอาการแสดงดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง เกิดการบาดเจ็บเสียหายของประสาทไขสันหลังอย่างฉับพลันและรุนแรง ร่วมกับการบาดเจ็บชอกช้ำของเนื้อเยื่อและการแตกหักของกระดูกสันหลังส่วนคอ C4,C5 ทำให้มีอาการปวดแบบ Neuropathic pain เป็นอาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทไขสันหลัง แพทย์ให้ยา Gabapentin (300) 1 tablet oral ก่อนนอน เพื่อลดอาการปวดประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathic pain)

การรักษาด้วยการผ่าตัดจึงเป็นแนวทางรักษาแรกที่จะช่วยป้องกันการกดทับไขสันหลัง ไม่ให้มีการเสียหายของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น มีการส่งตรวจให้ละเอียดมากขึ้นโดยส่งตรวจ MRI พบ Fracture at C4, C5 spine with Spinal cord injury C3/4, C4/5 ทำการผ่าตัด Anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) เพื่อเอาส่วนที่กดทับออก และป้องกันการกดทับเส้นประสาทไขสันหลังไม่ให้เกิดการเสียหายของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเพื่อให้กระดูกต้นคอมีความมั่นคงสามารถทำกายภาพบำบัดได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติ ติดตามปัญหาอุปสรรค ร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการจัดการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างต่อเนื่อง มีการค้นคว้าทางวิชาการ หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดทำแนวทาง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังส่วนคอหักที่มีการบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยกระดับมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของพยาบาลและ สหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ปาจริย์. ภาวะระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ. ใน: กิ่งแก้ว ปาจริย์ บรรณาธิการ. ไขสันหลังบาดเจ็บ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส; 2558. หน้า 266 – 285.
2. ก่อภู เชียงทอง, ปรีชา ชลิตาพงศ์. การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์: (Physicalexamination in Orthopaedics). พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549.
3. วรณิ สัตยวิวัฒน์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: เอ็มพีเพรส. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล : การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปรับปรุงครั้งที่ 2 พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก ถนนบุรี
4. วรณิ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส; 2553.
6. ยงยุทธ ศิริปการ. ความรู้พื้นฐานทางคลินิก การรักษาผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ (Basic knowledge of clinical practice in Orthopedic). กรุงเทพฯ: บริษัทไกรกรุป เพรส จำกัด; 2553.
7. ธวัช ประสาทฤทธา พรทิพย์ ทยานันท์ และสุโขทัย ศรีเพียรธม. (2555). การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินท์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

8. ชำรง เลิศอุดมผลวณิ. การบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง (Principle of spine trauma). ใน: พงศธร ฉันทพลากร, ชนิกา อังสุนนท์สุข, นรเทพกุลโชติ, ปพนสง่าสูงส่ง, เทพรัตน์ กาญจนเทพศักดิ์, บรรณาธิการ. Textbook of Orthopaedics Trauma: ตำราการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัททริสต์ อีส จำกัด; 2562. หน้า 149 - 167.
5. ข้อมูลเวชระเบียนแผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2566. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2566.
10. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Surgical Spine) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2556. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2556.
9. Gordon M. (1992). Nursing Diagnosis : Process and Application. New York : McGraw-Hill. Book Co.
11. Michel et al. (2021). Spinal Cord Injury: A Review of Current Management Considerations and Emerging Treatments: HHS Public Access. Retrieved Sep 24,2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9417>.

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Discharge planning model for elderly patients with high blood pressure

Khao Wong Hospital, Kalasin Province.

(Received: September 25,2023 ; Revised: September 27,2023 ; Accepted: September 29,2023)

สังวาลย์ เปร็ดพร้าว¹, นงนุช ศรีวะโสม¹

Sungwan Prerdprao ,Nongnuch Sriwasom

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาดังแต่ เดือน ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566 รวม 8 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้านอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในชายและแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง, แบบบันทึกประวัติการรักษาและสภาวะสุขภาพ, แบบสัมภาษณ์, แบบทดสอบ, แบบบันทึกติดตามพฤติกรรม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเข้านอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในชาย และแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ การมีกิจกรรมออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายน้อย, การดื่มเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์, ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อได้ดำเนินการตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย การสร้างทีมพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย, การประเมินสภาวะปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ, การจัดจำแนกผู้ป่วยตามสภาพปัญหาสุขภาพเป็นรายกรณี, การวางแผนจำหน่าย, การดำเนินการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย, การติดตามผลลัพธ์ของการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงาน ทำให้เกิดผลลัพธ์หลังดำเนินการได้แก่ ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเพิ่มขึ้น, ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการระดับการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเพิ่มขึ้น รวมถึงผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการ น้ำหนัก, ค่าดัชนีมวลกาย, ความดันโลหิตตัวบน และค่าความดันโลหิตตัวล่างมีค่าลดลง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิต, การวางแผนจำหน่าย

ABSTRACT

This action research study, conducted at Khao Wong Hospital in Kalasin Province from October 2022 to May 2023 over a span of eight months, aimed to examine the patterns and outcomes of a discharge planning model tailored for elderly patients with high blood pressure. The study's sample comprised 36 elderly patients with high blood pressure admitted to both the male and female inpatient units of Khao Wong Hospital. Various research tools

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง

were employed, including discharge planning formats specifically designed for elderly patients with high blood pressure, medical history and health condition records, interviews, behavioral monitoring forms, tests, and questionnaires. Data analysis encompassed content analysis and the application of both descriptive and inferential statistics, including paired t-tests.

The findings of the research highlighted critical health concerns among elderly patients with high blood pressure admitted to Khao Wong Hospital's inpatient units, with a particular focus on low levels of physical activity and the consumption of caffeinated or alcoholic beverages. Furthermore, it was observed that patients, their relatives, or caregivers possessed knowledge about high blood pressure in general and specific aspects. Importantly, there was a moderate level of overall support from relatives or caregivers for instigating lifestyle changes in elderly patients with high blood pressure. The discharge planning model, implemented as part of the study, involved the formation of a dedicated team to enhance the quality of discharge planning, initial assessment of patients' health issues upon admission, patient classification based on individual health problems, execution of patient discharge plans, follow-up after patients' return home, and the compilation of operational result summaries. The post-implementation results indicated statistically significant improvements. Patients and their relatives or caregivers exhibited enhanced knowledge about high blood pressure, with an increase in knowledge levels observed after the implementation of the model. Moreover, the level of support for lifestyle changes in elderly patients with high blood pressure showed a substantial increase post-implementation. Additionally, patients' health conditions demonstrated significant improvements, with reduced systolic blood pressure and BMI values post-implementation compared to pre-implementation levels.

Keywords: elderly, blood pressure disease, discharge planning

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุพบได้มากขึ้นตามอายุและสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป¹ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุ 55 ปี ขึ้นไปและมีความดันโลหิตปกติต่อมาภายใน 25 ปีจะมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 90² เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดแดงจะมีการแข็งตัว เกิดการตีบแคบ ปริมาณสารอิลาสตินที่ลดลงทำให้ผนังหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น รวมทั้งสารที่ช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวจะถูกสร้างลดลง ทำให้แรงต้านในหลอดเลือดและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น^{3,4} ซึ่งส่วนใหญ่จะมีค่าความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิก และเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญได้แก่ ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก, ภาวะไตวายเรื้อรัง และภาวะเลือดออกที่จอตา⁵

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีเป้าหมาย คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงจนอยู่ในระดับที่น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งทำได้โดยการรักษาด้วยการใช้ยาไม่ต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อย แต่มีข้อควรระวังเช่น พยาธิสภาพของผู้สูงอายุ, ภาวะ orthostatic hypotension และภาวะ depression เป็นต้น⁶ แต่ในส่วนการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายในระยะยาวจำเป็นต้องใช้ทั้งการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก, ลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว, การจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหาร, การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของแคลเซียม โปแตสเซียมและแมกนีเซียม, การเพิ่มกิจกรรมทางกาย, การหยุดสูบบุหรี่, การจำกัด

การดื่มสุรา และการพักผ่อนให้เพียงพอหรือลดความเครียด⁷

การวางแผนการจำหน่ายเป็นหนึ่งในกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการประกอบอาชีพโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีที่สุด⁸ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย เริ่มจากการประเมิน, การวางแผนจำหน่าย, การนำแผนการจำหน่ายไปปฏิบัติ และติดตามหลังการจำหน่ายผู้ป่วย⁹ ทั้งนี้การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ทราบถึงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะเวลาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย¹⁰ และมีแนวทางที่ชัดเจนในการสอนสาธิต และฝึกทักษะการดูแล¹¹ แต่มีสาเหตุหลายประการที่ ทำให้การวางแผนการจำหน่ายไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอเช่น ปัญหาการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ, ปัญหาการประสานงานระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลและบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล, พยาบาลไม่เห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย, ผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และไม่ให้ความร่วมมือ¹² การไม่มีเอกสารหรือคู่มือในการดูแลผู้ป่วย¹³ การไม่มีแผนการจำหน่ายเฉพาะโรค แนวทางการวางแผนจำหน่ายไม่ชัดเจน เนื้อหาที่สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวไม่ครอบคลุม และการมอบหมายงานไม่ชัดเจน⁹ เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพการวางแผนการจำหน่ายในหลากหลายโรคทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติกิจกรรมการวางแผน

จำหน่ายตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลเขาวงเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 60 เตียง จากข้อมูลการนอนรักษาตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแผนกผู้ป่วยในชายและแผนกผู้ป่วยในหญิงปีงบประมาณ 2563-2565 มีจำนวนเท่ากับ 54, 57 และ 69 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปีงบประมาณ 2565 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 66.66 และมีโรคเรื้อรังร่วมอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 73.91 จากสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคประจำตัวและโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มปกติทั่วไป ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนและดูแลอย่างต่อเนื่อง จากที่กล่าวมาผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการปรับปรุงหรือแก้ไขให้ดีขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีความชัดเจนและช่วยปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและบริบทการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดัน

โลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษารูปแบบการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาล เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม
2565 – เดือน พฤษภาคม 2566 รวม 8 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรค
ความดันโลหิตสูงที่เข้านอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วย
ในชายและแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง
จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรค
ความดันโลหิตสูงที่เข้านอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วย
ในชายและแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง
จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565-
พฤษภาคม 2566 จำนวน 36 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่
เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเข้านอนรักษาตัวใน
แผนกผู้ป่วยในชายและแผนกผู้ป่วยในหญิง
โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ในช่วง
การศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565-พฤษภาคม
2566 และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่พำนักอยู่ใน
ครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย
ซึ่งเป็นบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้
ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สามารถสื่อสารกับผู้ศึกษาและ
เข้าใจทั้งการใช้คำพูดและการเขียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม คือ
รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรค
ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัด
กาฬสินธุ์ ซึ่งมีกิจกรรมได้แก่ การประเมินสภาวะ
ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ, การจัดจำแนก
ผู้ป่วยตามสภาพปัญหาสุขภาพเป็นรายกรณี, การ
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย, การดำเนินการตามแผน
จำหน่ายผู้ป่วย, การติดตามผลลัพธ์ของการ
จำหน่ายผู้ป่วย และ รวบรวม สรุปผลการ
ดำเนินงานตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง
จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่
แบบบันทึกประวัติการรักษาและสภาวะสุขภาพ
ของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสำหรับ
ผู้วิจัย, แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้วิจัย,
แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
ของ ผู้ป่วย และ ญาติ หรือ ผู้ดูแล ผู้ป่วย ,
แบบสอบถามการสนับสนุนการปรับเปลี่ยน
ลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรค
ความดันโลหิตสูง ของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และ
แบบติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วย
สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ทั้งหมด
ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ แพทย์ประจำแผนก,
หัวหน้าการพยาบาล และ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย
แบบสอบถามมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1 และมีค่า
inter-rater reliability= 1 ผู้ วิ จ ย ได้ นำ
ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงตาม
ข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง
ในพื้นที่อำเภอนาคูจำนวน 30 ท่าน และทดสอบ
ความง่ายและอำนาจจำแนก รวมถึงทดสอบค่า

ความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR 20) เครื่องมือทุกชุดได้ค่ามากกว่า 0.80

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง
2. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบ และประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
3. รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย, จำนวนวันนอน, ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วย และสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติเมื่อแรกรับเข้านอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในชาย และแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง
4. รวบรวมข้อมูลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแผนกผู้ป่วยในชาย และแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง ในประเด็นที่สำคัญประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ปัญหาผู้ป่วย วัตถุประสงค์ บทบาท เครื่องมือที่จำเป็น กระบวนการ ผลลัพธ์ และสาระสำคัญ
5. ประชุมแลกเปลี่ยนการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย รวมถึงสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกับพยาบาลระดับปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงแนวทางการจำหน่ายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

6. ประชุมทีมพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย เพื่อกำกับ ติดตาม การปฏิบัติตามแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

7. ประเมินผลลัพธ์และสรุปผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง, ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง, การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง, การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติการทดสอบ paired t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทำหนังสือขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้รับการอนุมัติ ผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ การรายงานและนำเสนอข้อมูลจะแสดงในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและบริบทการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ

ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเข้านอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในชาย และแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเขาวง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือน พฤษภาคม 2566 จำนวน 36 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ อายุระหว่าง 70-74 รองลงมาคือ อายุ 60-64 ปี, อายุ 65-69 ปี, และอายุมากกว่า 80 ปี ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยรายเก่ามากกว่ารายใหม่ ส่วนใหญ่มีประวัติเป็นโรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป เช่น เบาหวาน ไตเรื้อรัง ไขมันในหลอดเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งมีระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.66 วัน ปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวที่ได้รับการดูแลจากบุตรหลาน การประกอบอาชีพทำนา ทำสวน เป็นหลัก รายได้ไม่เพียงพอกับการใช้ชีวิตประจำวัน รสชาติอาหารที่ชอบมากที่สุดคือ รสเค็ม รองลงมาคือ รสหวาน, รสมัน และไม่ชอบรสอะไรเป็นพิเศษ ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่า การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายขาดความต่อเนื่อง, ดื่มเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์, ผู้ป่วยไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง, ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีด้านที่ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับน้อยได้แก่ ด้านสนับสนุนการควบคุมน้ำหนัก, ด้าน

ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ, ด้านการจัดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร และการจัดการความเครียด ผักควบคุมอารมณ์ และหลีกเลี่ยงการอดนอน และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนวันจำหน่ายส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตตัวบนระดับปกติ ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน เพศชายมีรอบเอวไม่เกินเกณฑ์ แต่ในเพศหญิงส่วนใหญ่พบว่า มีรอบเอวเกินเกณฑ์ (มากกว่า 80 ซม.) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ที่ผ่านมาจะเริ่มที่แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยในตอนเช้าและมีคำสั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจากนั้นพยาบาลจะแจ้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลอาการป่วย การรับประทานยา รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับการควบคุมความดันโลหิตเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งจากการวิเคราะห์การวางแผนจำหน่ายพบปัญหาหน่วยงานที่หลากหลายเช่น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน, การวางแผนจำหน่ายยังขาดความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ, การสอนกิจกรรมที่จำเป็นมีความล่าช้าและมีเวลาน้อยเกินไป, การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถทำได้เพียงครั้งเดียวจึงไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามเป้าหมายหรือไม่ และการติดตามดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

2. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้มีการสร้างทีมพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย และประชุมชี้แจงรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรค

ความดันโลหิตสูงในแผนกผู้ป่วยในชายและแผนกผู้ป่วยในหญิง เพื่อให้มีการดำเนินการดังนี้

2.1 การประเมินสภาวะปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ โดยให้พยาบาลซักประวัติเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและโรคร่วมที่เป็น, ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ, อาการบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความดันโลหิตหรือเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในส่วนผู้ป่วยรายเก่าให้มีการซักประวัติเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตและผลจากการรักษาด้วย

2.2 การจัดจำแนกผู้ป่วยตามสภาพปัญหาสุขภาพเป็นรายกรณี โดยวิเคราะห์สภาวะสุขภาพ ข้อมูลจากการประเมินแรกรับ และความต้องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

2.3 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยประชุมทีมพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย เพื่อกำหนดข้อบ่งชี้ปัญหาสุขภาพ เป้าหมาย กิจกรรม เครื่องมือที่จำเป็น บทบาทหน้าที่ และการประเมินผลลัพธ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเป็นรายกรณี

2.4 ดำเนินการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนวันจำหน่าย โดยพยาบาลดำเนินการแจ้งผู้ป่วย และประสานทีมสหวิชาชีพ ญาติหรือผู้ดูแล เพื่อให้ความรู้ เสริมทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน และแนะนำการบันทึกพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประจำวัน รวมถึงนัดติดตามผู้ป่วยตามเกณฑ์ได้แก่ กรณี BP $\geq$ 140/90 mmHg นัดอีก 2 สัปดาห์ และกรณี BP < 140/90 mmHg นัดอีก 1 เดือน

2.5 ติดตามผลลัพธ์ของการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกลับบ้าน ได้แก่ สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจากญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และนัดเข้าร่วมกลุ่มคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลเขาวง

2.6 รวบรวมและสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า ภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน

3.2 การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกด้าน

3.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาหลังจำหน่ายกลับบ้าน

ตารางที่ 1 ผลการติดตามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรม การปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)				
	ปฏิบัติ น้อยมาก (น้อยกว่า 10 วัน)	ปฏิบัติ น้อย (10-14 วัน)	ปฏิบัติ ปานกลาง (15-19 วัน)	ปฏิบัติ บ่อย (20-24 วัน)	ปฏิบัติ บ่อยมาก (มากกว่า 25 วัน)
1. การรับประทาน อาหารสุขภาพ	0	3(8.3)	4(11.1)	16(44.4)	13(36.1)
2. การรับประทาน อาหารด้านความดันโลหิตสูง	0	4(11.1)	5(13.9)	22(61.1)	5(13.9)
3. การกำจัด ปริมาณเกลือหรือโซเดียม ในอาหาร	0	3(8.3)	5(13.9)	20(55.6)	8(22.2)
4. การออกกำลังกาย	4(11.1)	12(33.3)	18(50.0)	2(5.6)	0
5. การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์	33(91.7)	3(8.3)	0	0	0
6. การสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน	34(94.4)	2(5.6)	0	0	0
7. การจัดการความเครียด	0	1(2.8)	8(22.2)	22(61.1)	5(13.9)
8. การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ให้ตรงเวลาที่แน่นอน	0	3(8.3)	4(11.1)	10(27.8)	19(52.8)

จากตารางที่ 1 ผลการติดตามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในระดับปฏิบัติบ่อยถึงปฏิบัติบ่อยมาก (ปฏิบัติมากกว่า 20 วัน) ได้แก่ การรับประทาน อาหารสุขภาพ, การรับประทาน อาหารด้านความดันโลหิตสูง, การกำจัด ปริมาณเกลือหรือโซเดียม ในอาหาร, การจัดการความเครียด และการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ให้ตรงเวลาที่แน่นอน ในส่วนการออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง ในส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวันมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปฏิบัติ น้อยมาก

3.4 สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังดำเนินการพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตตัวบน ค่าความดันโลหิตตัวล่าง ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ เพศชายมีรอบเอวไม่เกินเกณฑ์ แต่ในเพศหญิงส่วนใหญ่มีรอบเอวเกินเกณฑ์

4. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

4.1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังดำเนินการ ดังตาราง 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังดำเนินการ (n=36)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1. ภาวะโรคความดันโลหิตสูง	3.28	0.779	4.25	0.806	35	-8.38	0.000	-1.208	-0.737

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังดำเนินการ (n=36)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
2.ผลกระทบจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ต่อสุขภาพ	2.44	1.252	3.06	1.068	35	-4.57	0.000	-0.883	-0.339
3.การรักษาโดยใช้ยาสำหรับผู้ป่วย	2.14	0.683	3.19	1.009	35	-8.40	0.000	-1.311	-0.800
4. พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิต	4.17	0.775	5.86	1.073	35	-7.79	0.000	-2.136	-1.253
รวม	19.89	2.955	26.86	4.337	35	-12.88	0.000	-8.071	-5.874

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานค่าคะแนนเฉลี่ยมีค่าเพิ่มขึ้น

4.2 การเปรียบเทียบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=36)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1. สนับสนุนการควบคุมน้ำหนัก	2.33	0.478	4.31	0.980	35	-12.19	0.000	-2.301	-1.644
2. การปรับรูปแบบการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	2.64	0.798	4.25	0.996	35	-7.89	0.000	-2.026	-1.196
3. การกำจัดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือกำจัดการปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร	3.14	0.867	4.28	0.914	35	-5.82	0.000	-1.536	-0.741
4. การกระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย	2.69	0.467	4.22	1.072	35	-8.69	0.000	-1.885	-1.171
5. การงดหรือกำจัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์เช่น กาแฟ, น้ำอัดลม, เหล้า, เบียร์ และไวน์ เป็นต้น	3.03	0.609	3.92	0.649	35	-6.24	0.000	-1.178	-0.600
6. การลดปริมาณหรือเลิกสูบบุหรี่	1.47	0.910	1.39	0.803	35	1.00	0.324	-0.086	0.253

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=36)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
7. การจัดการความเครียด ผีกควบคุมอารมณ์ และหลีกเลี่ยงการรอนอน	2.50	0.609	4.25	0.996	35	-8.40	0.000	-2.173	-1.327
8. การรับประทานยาตามขนาดวิธีใช้ ตามแพทย์สั่ง รวมถึงการให้คำแนะนำอาการข้างเคียง	3.03	0.609	4.22	0.760	35	-7.54	0.000	-1.516	-0.873
รวม	20.83	2.384	30.83	4.601	35	-11.59	0.000	-11.752	-8.248

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินการพบว่า โดยภาพรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการระดับการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรค

ความดันโลหิตสูง ของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเพิ่มขึ้น ยกเว้นการลดปริมาณหรือเลิกสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

4.3 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=36)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1. น้ำหนัก	56.64	6.958	54.97	6.421	35	5.976	0.000	1.100	2.233
2. รอบเอว	82.61	4.930	82.25	5.096	35	1.178	0.247	-0.261	0.983
3. ค่าดัชนีมวลกาย	22.38	2.539	21.79	2.607	35	6.540	0.000	0.407	0.774
4. ค่าความดันโลหิตตัวบน	194.14	18.493	134.89	7.285	35	17.85	0.000	52.515	65.985
5. ค่าความดันโลหิตตัวล่าง	96.03	15.780	74.69	6.890	35	8.58	0.000	16.286	26.380

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการพบว่า น้ำหนัก, ค่าดัชนีมวลกาย,

ความดันโลหิตตัวบน และค่าความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ภายหลังดำเนินการมีค่าลดลง ยกเว้นรอบเอวไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงดำเนินการที่โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงพฤษภาคม 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านในแผนกผู้ป่วยในชายและผู้ป่วยในหญิง ผลการศึกษาค้นพบว่า การใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านได้แก่ การสร้างทีมพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย, การประเมินสถานะปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ, การจัดจำแนกผู้ป่วยตามสภาพปัญหาสุขภาพเป็นรายกรณี, การวางแผนจำหน่าย, การดำเนินการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย, การติดตามผลลัพธ์ของการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งผลให้ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้มีการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามภาวะความดันโลหิตสูงและโรคร่วมที่เป็น, ปฎิบัติเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ, อาการบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความดันโลหิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองโดยอาศัยข้อมูลรอบด้านเกี่ยวกับอาการของตนเอง การจัดการ และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่จำเป็นเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา นิลเลื่อมและคณะ ที่พบว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีการออกแบบอย่างเป็นระบบส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁴

การศึกษาค้นพบว่า ระดับการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจากญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่หลังดำเนินการมีการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เนื่องจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับให้ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่าย ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีคุณค่าในการส่งเสริมการปฏิบัติตามการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่แนะนำ เนื่องจากการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญในการอำนวยความสะดวกให้เกิดพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น และการลดการบริโภคคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในระดับการสนับสนุนบ่งชี้ว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่เพียงมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนในการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ เกตุน้อย, กุลวดี อภิชาติบุตร และ บุญพิชชา จิตต์ภักดี ที่พบว่า การพัฒนาคุณภาพการวางแผนการจำหน่ายโดยการให้ผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพมีการวางแผนร่วมกันโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมองเห็นคุณค่าในตนเองตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองส่งผลให้เกิดความร่วมมือในทุกกิจกรรม¹⁵ ส่งผลให้สถานะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ภายหลังดำเนินการน้ำหนัก, ค่าดัชนีมวลกาย, ค่าความดันโลหิตตัวบน และค่าความดันโลหิตตัวล่างมีค่าลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ เรวดี ศรีสุข ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบ D-METHOD ส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและสุขภาพดีขึ้น¹⁶

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมีผลในการปรับปรุงความรู้ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ดังนั้นแผนกผู้ป่วยในชาย และแผนกผู้ป่วยในหญิงสามารถนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างทีมพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย,

การประเมินสภาวะปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ, การจัดจำแนกผู้ป่วยตามสภาพปัญหาสุขภาพเป็นรายกรณี, การวางแผนจำหน่าย, การดำเนินการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย, การติดตามผลลัพธ์ของการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ในระยะยาว เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564. สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2565, จาก <https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443>.
2. Chobanian AV. Et al. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension, 2003. Dec;42(6):1206-52. doi: 10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2. Epub 2003 Dec 1. PMID: 14656957.
3. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ: ความสำคัญและการดูแล. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุและติดตามประเมินผลการดำเนินงานศูนย์การแพทย์ด้านผู้สูงอายุระยะยาว, 2551.
4. Logan AG. Hypertension in aging patients. Expert Rev Cardiovasc Ther, 2011. Jan;9(1):113-20. doi: 10.1586/erc.10.171. PMID: 21166533.
5. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 : 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง, 2551.
6. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป Thai Hypertension Society: Guidelines in the Treatment of Hypertension 2019, 2562. สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2565 จาก http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf
7. Panmung N, Ketjuna H, Nakkarach B, Teesara K, Supasorn S. Guidelines for management when a person with high blood pressure is identified in a hospital. Nonthaburi: Department of Disease Control, 2022.

8. Sawaengdee, K., Sathira-angkura, T., & Sirinakorn, R. Discharge planning. Bangkok: Printing Thammasat University, 1996.
9. Pichitponchai, W., & Udsadonwiset, U. Discharge planning concept and application. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University, 2002.
10. Promchan, P. The development of discharge planning model for intracerebral hemorrhage patient undergone surgery by multidisciplinary team. neuro surgical department, Udonthani Hospital (Independent study, Khon Kaen University), 2009.
11. Boonmart, N. The quality improvement of discharge plan for chronic kidney disease patients and families. Master's thesis, Khon Kaen University, 2013.
12. Deawsurintr, S. A Model development of discharge planning in head and neck cancer Patient. Master's Thesis, Prince of Songkla University, 1999.
13. Sirmala, S., Yenbut, J., & Urharmnuay, M. Discharge planning practices for preterm infants in neonatal intensive care unite, one of tertiary hospital. northern region. Nursing Journal Volume, 3(40), 21-29, 2013.
14. รัตนาธิเลื่อม, ดวงมล วัตราคูล, พรทิพย์ สิ้นประเสริฐ, กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ, ธิติรัตน์ ชาวเงินยวง และอรทัย บุญชูวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสาร พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. ปีที่ 32 (2): 202-216, 2564.
15. ฉวีวรรณ เกตุน้อย, กุลวดี อภิชาติบุตร และบุญพิชชา จิตต์ภักดี. พัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลพุทธ ชินราช พิษณุโลก. พยาบาลสาร ปีที่ 47 (2): 417-426, 2563.
16. เรวดี ศรีสุข. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคกลาง. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีอุตรดิตถ์, 7(1): 13-30, 2558.

รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกโรคไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Service model to delay kidney deterioration in patients with chronic kidney disease:
According to the context of the kidney disease clinic, Khao Wong Hospital,
Kalasin Province.

(Received: September 27,2023 ; Revised: September 29,2023 ; Accepted: September 30,2023)

ปัญญาพร ฉายะโคตร¹, รักษนก ถวิลการ¹, สุขชี แซงส่อง¹

Punyapon Chayacot¹, Ruckchanock Thawilkarn¹, Sukkhee Sangsong¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกโรคไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาดังแต่เดือน ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566 รวม 8 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี ที่มารับบริการในคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 376 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, แบบเก็บประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากดำเนินการตามรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้ค่าคะแนนความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการถูกรบกวนจากโรคไตเรื้อรังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนดำเนินการ ค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการชะลอไตเสื่อมในคลินิกโรคไตเรื้อรังในภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากกว่าก่อนดำเนินการ และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าอัตราการกรองของไต (GFR) มากกว่าก่อนดำเนินการการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยเน้นบทบาทของรูปแบบการบริการที่ปรับให้เหมาะสมในการยกระดับคุณภาพชีวิตและชะลอการลุกลามของโรคไตเรื้อรัง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, รูปแบบบริการ, การชะลอไตเสื่อม

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) poses a substantial challenge to patients' well-being and healthcare systems worldwide. This study presents the findings of an action research project conducted at the kidney disease clinic of Khao Wong Hospital, Kalasin Province, between October 2022 and May 2023. The primary objective was to investigate a service model's effectiveness in mitigating the progression of CKD in patients with stage 3-4 CKD, aged under 70, who sought treatment at the clinic (n=376). The study employed a multifaceted approach, utilizing tools such as a service model for slowing CKD progression, a treatment history form, and questionnaires. Data analysis encompassed content analysis, descriptive statistics, inferential statistics, and paired sample t-tests.

The results of the study found that After the implementation of the service model to slow kidney deterioration in patients with chronic kidney disease As a result, the scores of patients' opinions on chronic kidney disease regarding disturbances from chronic kidney disease were significantly different at the .05 level, with the mean scores after the operation being lower than before the operation. action The

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง

satisfaction scores with the services to slow kidney deterioration in the chronic kidney disease clinic overall and in each aspect before and after the operation were significantly different at the .05 level. After the operation, the average satisfaction score was higher than before the operation. and patients with chronic kidney failure had glomerular filtration rate values (GFR) before and after the operation were significantly different at the .05 level, with the glomerular filtration rate values (GFR) after the operation being) More than before, this research focuses on the importance of proactive health care for patients with CKD. It emphasizes the role of tailored service models in improving quality of life and slowing the progression of chronic kidney disease.

Keywords: chronic kidney disease patients, service model, delaying kidney deterioration

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือหน้าที่ของไตเป็นระยะเวลานานเกิน 3 เดือน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ โดยตรวจพบลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือพบร่วมกันในสองข้อได้แก่ ลักษณะที่แสดงถึงความผิดปกติของไตและอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มล./นาที่/ 1.73 ตร.ม.¹ ซึ่งเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease, NCD) ที่ เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้าและมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้²

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากอัตราตายต่อแสนประชากร 14.24 เพิ่มขึ้นเป็น 16.49 จากพ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2563 ประเมินการมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังปีละ 10,000 คน สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตจากการศึกษา Thai SEEK ในปี พ.ศ. 2551 พบปัจจัยเสี่ยงโรคไตได้ดังนี้กลุ่มอายุสูงมากขึ้นมีความเสี่ยงมากขึ้น กลุ่มอายุ 40-59 ปี เพิ่มความเสี่ยง 1.7 เท่า

, กลุ่มอายุ 60-69 ปี 3.6 เท่า และกลุ่มอายุเท่ากับหรือมากกว่า 70 ปี 7.3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่มีโรคเบาหวาน 2.7 เท่า โรคความดันโลหิตสูง 2.0 เท่า กลุ่มผู้มีประวัติโรคไตจากนิ่ว 2.7 เท่า และพบเพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชายถึงร้อยละ 70 สำหรับกลุ่มผู้เข้าไทยบางประเภท (Traditional Medicine) เพิ่มความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังมากถึง 20 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่ไม่มีการใช้ยา³ และจากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีความชุกของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง และเปลี่ยนถ่ายไต จำนวน 170,774 คิดเป็น 2,580 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา² จากอุบัติการณ์และแนวโน้มความชุกของโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้สถานการณ์มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคต ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดไตวายระยะสุดท้ายด้วยการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นหรือน้อยกว่าระยะที่ 4 เพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้ได้ผลดี

การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งในลักษณะอาการทางคลินิก โรคร่วม รวมทั้งบริบททางสังคม ซึ่งมีผลอย่างมากในการพิจารณาความเหมาะสมของการเลือกวิธีการรักษาแต่ละวิธี พยาบาลและทีมรักษามีบทบาทหน้าที่ในการให้คำแนะนำ หรือให้

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแต่ละวิธีการ ข้อดี และข้อเสียของวิธีการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสมสำหรับตนเอง นอกจากนี้ยังควรกระตุ้นให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนความเห็น และมุมมองเกี่ยวกับการรักษาระหว่างทีมรักษาร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของลักษณะเฉพาะบุคคล และตอบสนองต่อเป้าหมายรวมถึงคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ได้มากที่สุด

โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในรูปแบบคลินิกโรคไตเรื้อรัง ซึ่งในปีงบประมาณ 2564-2565 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เข้ามารับบริการในคลินิกไตปีละ 512, 494 และ 563 ราย ตามลำดับ ซึ่งการบริการในคลินิกไตมีเป้าหมายที่สำคัญได้แก่ การช่วยป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต, การเฝ้าติดตามและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคไตเรื้อรัง และการเตรียมตัวให้ผู้ป่วยสำหรับการบำบัดทดแทนไตเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายใต้การดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการตรวจคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงหรือรับการส่งต่อจากคลินิกโรคไตเรื้อรังต่างๆ ให้เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกไตและประเมินความเสี่ยงโดยแพทย์ นอกจากนี้คลินิกไตยังมีการให้ความรู้และจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่มย่อยโดยทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้ที่ผ่านมาการดำเนินงานในคลินิกไตมีข้อจำกัดหลายด้านทั้งในด้านบุคลากร พื้นที่บริการ การจัดกลุ่มเข้ารับบริการ การจัดระบบบริการให้มีความเหมาะสมตามความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดความแออัดในการให้บริการ รวมถึงไม่สามารถบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-4

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบ และผลลัพธ์ของรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตาม

บริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อทราบถึงสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และมีรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการในคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – เดือน พฤษภาคม 2566 รวม 8 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี ที่มารับบริการในคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565 เฉลี่ยเดือนละ 46.91 รายต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี ที่มารับบริการในคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – เดือน พฤษภาคม 2566 จำนวน 376 ราย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี ที่มารับบริการในคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 8 เดือน ได้กลุ่มตัวอย่าง 376 ราย และคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างแบบเลือกเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ตามคำนิยามคำนิยามและการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามแนวทางของ KDIGO 2012 ที่มารับบริการในคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์, 2) อายุต่ำกว่า 70 ปี, 3) อ่านออก เขียนได้ สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ 4) สัมผัสและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในส่วนเกณฑ์การคัดออก (terminate criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการวิจัย 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบกระบวนการวิจัย 3) ผู้ป่วยขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม คือ รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามบริบทคลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การตรวจร่างกาย ประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย, การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามสภาวะสุขภาพและปัญหาที่ค้นพบ, การปรับหรือกำหนดกิจกรรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามสภาวะสุขภาพและปัญหาที่ค้นพบ, การนัดผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่มย่อยโดยทีมสหวิชาชีพ, การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่มย่อยโดยทีมสหวิชาชีพ และการนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบเก็บประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม และสภาวะสุขภาพ

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การถูกรบกวนจากโรคไตเรื้อรัง, การถูกรบกวนจากอาการป่วยของไตเรื้อรัง, ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และสุขภาพโดยรวมโรคไตเรื้อรัง ซึ่งปรับปรุงจากแบบสอบถาม KDQOL-SFM เวอร์ชัน 1.3 ฉบับภาษาไทย⁴ เป็น

แบบ Rating scale 5 ระดับ โดยแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1991)⁵

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วย การบริการตรวจร่างกาย, การบริการให้ข้อมูลผลการประเมินสภาวะสุขภาพ, การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามสภาวะสุขภาพและปัญหาที่ค้นพบ, การนัดเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม, การเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม, การนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษา และการบริการชะลอไตเสื่อมในคลินิกโรคไตเรื้อรังโดยรวม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ โดยแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1991)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้เครื่องมือทุกรายการมีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอนาคู ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือ จากทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient; α) พบว่าแบบสอบถามทุกรายการมีค่า Cronbach's alpha มากกว่า 0.80

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษารูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบ และประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3. รวบรวมประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการในคลินิกไต โดยทบทวนจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและทบทวนแผนการจัดกิจกรรมบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผ่านมา

4. ประชุมกำหนดกิจกรรมและวางแผนบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกโรคไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

5. ดำเนินงานตามรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกโรคไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

6. กำกับและติดตามรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกโรคไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

7. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินการตามรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกโรคไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

8. ประชุมสรุปและถอดบทเรียนรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกโรคไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนจากการแจกแจงความถี่ด้วยการวิเคราะห์สถิติ Paired t- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทำหนังสือขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้รับการอนุมัติ ผู้เข้าร่วมโครงการมสทช. ปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสอบถามใช้รหัส การรายงานและนำเสนอข้อมูลจะแสดงในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการในคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ก่อนดำเนินการ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการในคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือน พฤษภาคม 2566 จำนวน 376 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุต่ำกว่า 65 ปี ประวัติเป็นโรคร่วมมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิต ร่องลงมาคือ เบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหอบหืด, โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามลำดับ ระยะของโรคไตเรื้อรังที่มากที่สุดคือระยะที่ 3b ร่องลงมาคือ ระยะที่ 4 และระยะ 3 a ตามลำดับ

1.2 ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความคิดเห็นว่าโรคไตเรื้อรังรบกวนการใช้ชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความเห็นว่าโรคไตเรื้อรังรบกวนการใช้ชีวิตมากเกินไป, เวลาหมดไปกับการรักษาโรคไตมากเกินไป, รู้สึกเหนื่อยใจกับการรักษาโรคไต, รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว อยู่ในระดับมาก และในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังถูกรบกวนจากอาการป่วยโดยภาพรวมอยู่ในระดับ

มาก โดยถูกรบกวนจากอาการอ่อนแรงหรือหมดกำลัง, คลื่นไส้หรือไม่สบายท้อง, ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ, บวมที่ขาและเท้า, เบื่ออาหาร, คันตามผิวหนัง และเป็นตะคริว อยู่ในระดับมาก ในส่วนผลกระทบต่อชีวิตประจำวันโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีผลกระทบต่อการจำกัดน้ำดื่ม, การจำกัดอาหาร, ความสามารถในการทำงานบ้าน, การต้องพึ่งพาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ และความเครียดหรือความวิตกกังวล อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ผู้ป่วยมีความเห็นต่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนระดับความพึงพอใจต่อการบริการชะลอไตเสื่อมในคลินิกโรคไตที่ผ่านมาโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลผลการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วย และการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามสถานะสุขภาพ ปัญหาที่ค้นพบอยู่ในระดับน้อย

1.3 สถานะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าอัตราการกรองของไตมากที่สุดคือ $GFR=30-44.99$ มล./นาที่/1.73 ตร.ม. รองลงมาคือ $GFR=15-29.99$ มล./นาที่/1.73 ตร.ม. และ $GFR=45-49.99$ มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ตามลำดับ

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ

2.1 ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความคิดเห็นว่าโรคไตเรื้อรังรบกวนการใช้ชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย โดยมีความเห็นว่าโรคไตเรื้อรังรบกวนการใช้ชีวิตมากเกินไป, เวลาหมดไปกับการรักษาโรคไตมากเกินไป, รู้สึกท้อแท้กับการรักษาโรคไต, รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว อยู่ในระดับน้อย และในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาถูกรบกวนจากอาการป่วยของไตเรื้อรังโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยถูกรบกวนจากอาการเบื่ออาหาร, คลื่นไส้หรือไม่สบายท้อง, อ่อนแรง หรือหมดกำลัง, อาการบวมที่ขาและเท้า, ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ, เป็นตะคริว

และเป็นลมหน้ามืด หรือเวียนศีรษะ อยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนผลกระทบต่อชีวิตประจำวันโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีผลกระทบต่อการจำกัดน้ำดื่ม, การจำกัดอาหาร, ความสามารถในการทำงานบ้าน, ความสามารถในการเดินทาง, การต้องพึ่งพาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ และความเครียดหรือความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้ป่วยมีความเห็นต่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก

2.2 ระดับความพึงพอใจต่อการบริการชะลอไตเสื่อมในคลินิกโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม, การนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษา, ความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลผลการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วย, ความพึงพอใจต่อการนัดเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม และความพึงพอใจต่อการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามสถานะสุขภาพและปัญหาที่ค้นพบ อยู่ในระดับมาก ในส่วนความพึงพอใจต่อการบริการตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยโรคอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 สถานะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าอัตราการกรองของไตมากที่สุดคือ $GFR=30-44.99$ มล./นาที่/1.73 ตร.ม. รองลงมาคือ $GFR=15-29.99$ มล./นาที่/1.73 ตร.ม., $GFR=45-49.99$ มล./นาที่/1.73 ตร.ม., $GFR<15$ มล./นาที่/1.73 ตร.ม และ $GFR=60-89.99$ มล./นาที่/1.73 ตร.ม ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

3.1 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโรคไตเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโรคไตเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=376)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1	13.0638	2.028	7.4601	2.170	375	50.07	0.000	5.38367	5.82378
2	37.6596	4.277	30.5904	4.081	375	50.86	0.000	6.79583	7.34246
3	27.2899	4.146	23.3856	4.169	375	38.98	0.000	3.70731	4.10120
4	5.3936	1.383	7.0080	1.450	375	-35.53	0.000	-1.70370	-1.52502

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโรคไตเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ค่าคะแนนความคิดเห็นของ 1)ผู้ป่วยต่อโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการถูกรบกวนจากโรคไตเรื้อรัง, 2)การถูกรบกวนจากอาการป่วยของไตเรื้อรัง, 3)ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และ 4)โดยรวม ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนดำเนินการ ในส่วนความคิดเห็นต่อสุขภาพโดยรวมก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

4.2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการบริการชะลอไตเสื่อมในคลินิกโรคไตเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการบริการชะลอไตเสื่อมในคลินิกโรคไตเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=376)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1	2.73	0.756	3.12	0.970	375	-11.34	0.000	-0.456	-0.321
2	2.60	0.753	3.63	0.779	375	-27.43	0.000	-1.109	-0.960
3	2.22	0.412	3.50	0.628	375	-35.87	0.000	-1.352	-1.212
4	2.90	0.407	3.59	0.601	375	-20.97	0.000	-0.751	-0.622
5	2.94	0.541	3.73	0.583	375	-26.47	0.000	-0.854	-0.736
6	2.76	0.429	3.68	0.610	375	-29.38	0.000	-0.987	-0.864
7	3.01	0.400	3.62	0.613	375	-20.36	0.000	-0.671	-0.553

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการบริการชะลอไตเสื่อมในคลินิกโรคไตเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาล

เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความพึงพอใจต่อการบริการชะลอไตเสื่อมในคลินิกโรคไตเรื้อรังในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ 1)ความพึงพอใจต่อ

บริการตรวจร่างกาย เพื่อการวินิจฉัยโรค 2) ความพึงพอใจต่อการบริการให้ข้อมูลผลการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วย 3) ความพึงพอใจต่อการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามสถานะสุขภาพและปัญหาที่ค้นพบ 4) ความพึงพอใจต่อการนัดเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม 5) ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม 6) ความพึงพอใจต่อการนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษา และ 7) ความพึงพอใจต่อการบริการชะลอไตเสื่อมในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โดยรวมก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการตรวจร่างกาย

เพื่อการวินิจฉัยโรค, การบริการให้ข้อมูลผลการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วย, การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามสถานะสุขภาพและปัญหาที่ค้นพบ, การนัดเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม, การเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม และการนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษามากกว่าก่อนการดำเนินงาน

4.3 การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตาราง 3 การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=376)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
GFR	37.26	12.451	38.83	15.450	375	-3.79	0.000	-2.385	-0.756

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจากการใช้รูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=376) พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงพฤษภาคม 2566 โดยสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 376 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคร่วมต่างๆ โดยพบโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากที่สุด ก่อนที่จะมีการนำรูปแบบไปใช้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมี

ผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อชีวิตโดยรวม ทำให้ถูกรบกวนจากภาวะของโรคไตเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการชะลอไตเสื่อม คลินิกไต โรงพยาบาลเขาวงที่มีอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกุนาลีพร ตรีสอน (2561) และการศึกษาของเย็นอุรา สัตยารัตน์ (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและการรักษาแบบประคับประคองมีผลกระทบจากโรคไต, ความยากลำบากจากโรคไต, สถานะการทำงาน และความพึงพอใจต่อการรักษาโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก^{6,7} การนำรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไปใช้ประกอบด้วย การตรวจร่างกาย ประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วย, การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามสถานะสุขภาพและปัญหาที่ค้นพบ, การปรับหรือกำหนดกิจกรรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามสถานะสุขภาพและปัญหาที่ค้นพบ, การนัดผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

รายกลุ่มย่อยโดยทีมสหวิชาชีพ, การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่มย่อยโดยทีมสหวิชาชีพ และการนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษา จากรูปแบบที่นำไปใช้สะท้อนให้เห็นว่าการประเมินที่ครอบคลุมเมื่อแรกเข้ารับการรักษา มาตรการที่ปรับให้เหมาะสมตามเงื่อนไขของผู้ป่วยแต่ละราย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกลุ่มเล็ก และการนัดหมายติดตามผลอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดผลลัพธ์หลายประการได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีผลกระทบที่เกิดจากโรคไตวายเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวไม่เพียงแต่จัดการกับอาการของโรคไตวายเรื้อรังเท่านั้น แต่ยังมีส่วนช่วยยกระดับความเป็นอยู่โดยทั่วไปของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม, การนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษา, ความพึงพอใจต่อการบริการให้ข้อมูลผลการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย, ความพึงพอใจต่อการนัดเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม และความพึงพอใจต่อการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามสภาวะสุขภาพและปัญหาที่ค้นพบ อยู่ในระดับมาก การศึกษานี้ยังพบว่าอัตราการกรองไต (GFR) ของผู้ป่วยหลังการดำเนินการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาล เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งนำไปสู่การทำงานของไตที่ดีขึ้นในที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของปญญาศา วัฒนละอนันท์ที่พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3-4 โดยใช้รูปแบบการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบที่ ชัดเจนของทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคไต การพยาบาล

ผู้ป่วยโรคไตทันสมัยกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ค่าการกรองของไต ค่าความดันโลหิต การทำงานของไต และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการนำรูปแบบการบริการแบบสหวิชาชีพมาใช้ในการจัดการโรคไตวายเรื้อรัง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ช่วยลดภาระของโรคไตวายเรื้อรังในชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่การปรับปรุงสุขภาพโดยรวมและการทำงานของไตอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย ดังนั้นสถานพยาบาลจึงควรนำแนวทางของรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทคลินิกไต โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ในการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคร่วมที่ซับซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้มุ่งศึกษารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลาย ซึ่งไม่ได้ระบุได้อย่างชัดเจนว่ารูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำไปใช้ในแต่ละรูปแบบมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้มักจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและจัดการอาการของตนเองได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะยาว เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด, 2565.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2559.
3. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2565 จาก <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14423&gid=1-015-005>, 2565.
4. ชนิษฐา หอมจีน. ความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตฉบับย่อ ภาษาไทย. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม ปฏิบัติคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
5. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981.
6. กุมาลสิพร ตรีสอน. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 15 (1) :13-20, 2561.
7. เย็นอุรา สัตยาวัน. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้การรักษาแบบประคับประคอง อัมเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีที่ 30(3): 435-445, 2565.
8. ปุณณิศา วัจนละอนันท์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลโนนสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 4 (3): 15-25, 2561

การพัฒนาแชทบอทเพื่อบริการข้อมูลสุขภาพประชาชน จังหวัดขอนแก่น Developing Chatbots to provide public health information in Khon Kaen Province

(Received: September 28, 2023 ; Revised: September 29, 2023 ; Accepted: September 30, 2023)

จิราภรณ์ บุญปก¹

Jiraporn Boonpok¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบขั้นตอนวิธีการนำข้อมูลสังคมออนไลน์เฟซบุ๊ก (แชทบอท) มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการบริการข้อมูลด้านสุขภาพ โดยนำข้อมูลที่ได้มาใช้ออกแบบและพัฒนาแชทบอทเพื่อให้ผู้ที่มาใช้บริการเกิดความสะดวกในการสอบถามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ การให้คำปรึกษา ร้องเรียนพฤติกรรม การให้บริการ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบแชทบอทบนแพลตฟอร์ม Facebook Messenger โดยใช้แนวทางบริหารจัดการระบบสืบมาช่วยในการออกแบบพัฒนา เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า สามารถลดระยะเวลาการรอคอย 1,596 นาที คิดเป็นร้อยละ 97.65 กลุ่มผู้ใช้งานภาพรวม มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.75$, S.D. = 0.57) และระบบสามารถโต้ตอบได้รวดเร็วมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.67$, S.D. = 0.58)

คำสำคัญ : บริการข้อมูลด้านสุขภาพ แชทบอท สืบ

ABSTRACT

This study aims to design an algorithm to use Facebook's online social data. Chatbot is used to benefit health information services. By using the information obtained to design and develop a Chatbot to make it convenient for those who use the service to inquire about information and knowledge about diseases and health hazards. Consulting Complaints about service behavior The researcher therefore developed a Chatbot system on the Facebook Messenger platform using lean system management approaches to help in design and development. Link data to increase work efficiency for continuous development.

The results of the study found that it was possible to reduce the waiting time by 1,596 minutes, accounting for 97.65 percent of the overall user group. Satisfaction was at the highest level ($\bar{x} = 4.75$, S.D. = 0.57) and the system was able to respond quickly with the highest mean score ($\bar{x} = 4.67$, S.D. = 0.58).

Keywords: Health information Service, Chatbot, Lean

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 องค์การอนามัยโลกออกประกาศเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก ยกย่องการเตือนภัยความเสี่ยงการระบาดของโควิด-19 ระดับสูงสุด (ข้อมูล ณ วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ.2563) สถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อจำนวน 179,188 ราย เสียชีวิต 7,066

ราย ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ 177 ราย เสียชีวิต 1 ราย จังหวัดขอนแก่น พบผู้ติดเชื้อรายแรกและมีการระบาดเพิ่มมากขึ้นเป็นวงกว้างมากกว่า 207 ราย ในวันที่ 19 เมษายน 2564 ภาพรวมการติดเชื้อการพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ยังคงมีตัวเลขขึ้นลงไม่คงที่ภายหลังจาก ที่มีการประกาศให้ขอนแก่นเป็นพื้นที่สีแดง จากการประเมินสถานการณ์อย่างใกล้ชิด พบว่า ประชาชนมีความตื่นตระหนก มีข่าวลือ ข่าวลอบ ข่าวลวง (Fake news)

¹ โรงพยาบาล

เกิดขึ้นในพื้นที่จำนวนมาก หากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้อาจก่อให้เกิดความสับสน ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสังคม ความมั่นคง และเศรษฐกิจตามมา เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ประเทศไทยประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อเฝ้าระวัง ปัญหาการให้บริการข้อมูลสุขภาพผ่านเพจ Facebook Messenger ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้ามาสอบถามข้อมูลด้านบริการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพจำนวนมาก มีความล่าช้าในการตอบคำถาม เนื่องจากอัตรากำลังบุคลากรมีไม่เพียงพอและไม่สามารถให้คำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลระบบมีระดับความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบสุขภาพในการตอบคำถามประชาชนแตกต่างกัน ประเด็นคำถามที่มีความหลากหลาย ทำให้ใช้ระยะเวลานานในการตรวจสอบข้อมูลและค้นหาข้อมูลเพื่อตอบคำถามส่งผลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการให้บริการข้อมูลตามช่องทางดังกล่าว ทั้งนี้ พระราชบัญญัติการปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2565 เป็นกฎหมายที่สร้างขึ้นในประเทศไทยเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติราชการแบบอิเล็กทรอนิกส์ในระบบราชการของประเทศ โดยการเริ่มก่อตั้งขึ้นจากความต้องการในการเพิ่มประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการรวมถึงการประหยัดทรัพยากรราชการในระบบการบริหารราชการของรัฐบาลไทยผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) และอิเล็กทรอนิกส์ ที่มาของพระราชบัญญัตินี้เริ่มต้นจากการพิจารณาและการวิเคราะห์ความจำเป็นของการปรับปรุงกระบวนการราชการในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและการเชื่อมต่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์อย่างรวดเร็ว โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการปฏิบัติราชการของหน่วยงานราชการให้เป็นประสพการณ์ที่มีคุณภาพสูง และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการราชการสร้างมาตรฐานและกรอบการปฏิบัติราชการทาง

อิเล็กทรอนิกส์ในหน่วยงานราชการทุกประเภท ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานราชการในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการปฏิบัติราชการ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรราชการในด้านการปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ สร้างความโปร่งใสและความเปิดเผยในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการปฏิบัติราชการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ของจังหวัด และการสนับสนุนนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัดและท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องและดำเนินการตามพระราชบัญญัติการปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2565 ดังกล่าว ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดสำหรับการจัดทำวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นไปตามมาตรฐานว่าด้วยแนวปฏิบัติกระบวนการทางดิจิทัลภาครัฐตามความพร้อมของหน่วยงานของรัฐ ระดับเริ่มต้น คือหน่วยงานที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร เทคโนโลยี และงบประมาณ สามารถจัดทำบริการอย่างง่ายโดยอาศัยช่องทางอีเมลหรือสื่อสังคมออนไลน์ เน้นการอำนวยความสะดวกเบื้องต้น เป็นธุรกรรมที่มีความเสี่ยงต่ำและมีปริมาณรายการไม่มาก ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาแชทบอทเพื่อบริการข้อมูลสุขภาพประชาชน ในการอำนวยความสะดวกลดภาระและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการโดยนำระบบแชทบอทที่มีอยู่แล้วในระบบ เพชบุรีออกมาออกแบบและพัฒนาตามข้อคำถามที่ผู้ใช้สอบถามเข้ามาบ่อยๆ

บริการข้อมูลสุขภาพประชาชน หมายถึง ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นถ่ายทอดด้วยวาจาหรือเก็บบันทึกอยู่ในรูปแบบใดหรือสื่อใด ที่เกิดขึ้นหรือได้รับการให้บริการหรือการจัดการด้านสุขภาพ ที่บ่งบอกความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือสภาพทางร่างกายหรือจิตใจ ในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคตของบุคคลหนึ่งได้ ไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมแก่โดยขอรับบริการข้อมูลผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ เพชบุรี (Social Network) ที่อาศัยการเชื่อมต่อแบบ

ไร้สายผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารแบบสองทาง(Two-way communication) ผ่านอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์หรืออุปกรณ์สื่อสารประเภทต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน หรือคอมพิวเตอร์แบบพกพา(แท็บเล็ต) เป็นต้น

แชทบอท (Chatbot) มาจากคำว่า Chat + Robot คือซอฟต์แวร์หุ่นยนต์ ที่ทำงานในแอปแชท เช่น Facebook Messenger หรือ LINE ที่มีไว้สื่อสารโดยการสนทนากับมนุษย์โดยปกติจะนำมาใช้เพื่อลดงานตอบคำถามซ้ำๆ หรือ ช่วยบริการผ่านแชทสามารถตอบกลับผู้ใช้งานได้เองตลอด 24 ชม. โดยที่มนุษย์ ไม่จำเป็นต้องมาคอยตอบเอง เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อจำลองการสนทนา ระหว่างมนุษย์ การสนทนาสามารถเป็นการสนทนาในรูปแบบข้อความ (Text-based) หรือการสนทนาแบบเสียง (Voice-based) กับผู้ใช้ โดยโครงสร้างและฟังก์ชันของ แชทบอท ถูกเขียนและโปรแกรมให้สามารถตอบสนองตามคำถามและความต้องการของผู้ใช้ได้ตามที่ถูกตั้งค่าไว้ มักถูกนำมาใช้ในหลายส่วนต่าง ๆ ของธุรกิจและองค์กร เช่น: การบริการผู้ใช้งาน: แชทบอท สามารถให้คำแนะนำ, ตอบคำถามทั่วไป, และช่วยแก้ปัญหาของผู้ใช้งานได้ตลอด 24 ชั่วโมงโดยไม่ต้องพักเที่ยงคืน การตลาดและโฆษณา: แชทบอท สามารถช่วยในการส่งข้อความโฆษณา, ติดต่อกับผู้ใช้งานใหม่, และเปิดตัวผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่การบันทึกข้อมูล: สามารถใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากผู้ใช้ เช่น การสำรวจความคิดเห็น, การจดบันทึกหรือการลงทะเบียนผู้ใช้งานการช่วยเรียนรู้และการศึกษา: สามารถให้ข้อมูล, คำแนะนำ, และการสนับสนุนในการเรียนรู้ และการศึกษาการจัดการการสั่งซื้อ: สามารถช่วยในการสั่งซื้อสินค้าหรือบริการและติดตามสถานะการสั่งซื้อ การแนะนำสินค้า: สามารถแนะนำสินค้าหรือบริการให้กับผู้ใช้งานโดยอัตโนมัติโดยพิจารณาความสนใจและประวัติการซื้อของผู้ใช้งาน การสร้างและใช้ แชทบอท ได้ช่วยลดความซับซ้อนในการติดต่อกับผู้ใช้งาน, เพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้งาน, และช่วยลดต้นทุนการบริการ โดย

ที่ แชทบอท สามารถทำงานได้ตลอดเวลาและไม่ต้องมีคนตอบรับที่มีอยู่จริงตลอด

กระบวนการทำงานของ แชทบอท ใน Facebook Messenger มีขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ต้องการให้แชทบอท ทำงาน เช่น การตอบคำถามเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการ, การสนับสนุนผู้ใช้งาน, หรือการจัดการการออกแบบ
- 2.การวางแผนและออกแบบ แชทบอท (Planning and Design): สร้างโครงสร้างและตัวตนของ แชทบอท และออกแบบวิธีการทำงานและการตอบสนองกับผู้ใช้
3. การ สร้าง และ ออก แบบ แชทบอท (Development): โดยใช้ภาษาโปรแกรมหรือเครื่องมือพัฒนา แชทบอท ที่เหมาะสมกับผู้ใช้งาน เพื่อให้มีความสามารถในการตอบคำถามและปฏิบัติตามวัตถุประสงค์.

การสร้าง แชทบอท ใน Facebook Messenger เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องการความคุ้นเคยในการเขียนโปรแกรมและการทำงานกับ API ของ Facebook Messenger โดยอาจต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และพัฒนา แชทบอท ให้เข้ากับการบริการข้อมูลสุขภาพประชาชนหรือเว็บไซต์ของหน่วยงานอย่างเหมาะสมโดยออกแบบและใช้กระบวนการ Lean (Lean Process) ซึ่งเป็นเทคนิคและแนวคิดในการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณค่าให้กับผู้ใช้งาน แนวคิดหลักของ Lean คือการตัดสิ่งที่ไม่จำเป็นเพิ่มมีความีค่าในกระบวนการและได้ถูกนำมาใช้ในหลายองค์กรในหลายภาคสายอุตสาหกรรมและธุรกิจ โดยมีหลักการให้ความสำคัญกับการเพิ่มคุณค่า (Lean Value)ให้กับผู้ใช้งาน กิจกรรมหรือกระบวนการใดที่ไม่เพิ่มค่าให้กับผู้บริโภคถือว่าเป็นสิ่งไม่จำเป็นและควรจะถูกถอดลงหรือกำจัดออกไป การลดสิ่งที่ไม่จำเป็น (Eliminate Waste) Lean มุ่งเน้นการลดการสูญเสียทรัพยากรที่ไม่จำเป็น เช่น เวลา, วัสดุ, แรงงาน, และการเคลื่อนย้ายที่ไม่จำเป็น การลดสิ่งที่ไม่จำเป็นจะช่วย



ลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มกำไร กระบวนการตามมาตรฐาน (Standardized Work) Lean สนับสนุนการสร้างกระบวนการที่มีมาตรฐาน เพื่อให้งานทำได้ง่ายสม่ำเสมอและมีคุณภาพ. การเร่งกระบวนการ (Flow) Lean สนับสนุนการเร่งกระบวนการหรือการทำงานให้เร็วและลดขั้นตอนและตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น เพื่อลดเวลาการรอคอยในการดำเนินการ ให้มีความสำคัญแก่คน (Respect for People): Lean ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจและใส่ใจในสุขภาพของคน และสนับสนุนการร่วมมือและการสื่อสารในองค์กร ความต่อเนื่องและการปรับปรุง (Continuous Improvement) Lean สนับสนุนการพัฒนาและปรับปรุงตลอดเวลา โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ (ความสามารถในการมองเห็นปัญหาและความสามารถในการแก้ปัญหา) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ. Lean นำมาใช้ในหลายอุตสาหกรรม เช่น การผลิต บริการ การบริหารจัดการโรงพยาบาล การบริหารโครงการ เพื่อลดค่าใช้จ่าย ลดเวลาส่งมอบ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้งาน การสร้างความตระหนักและการฝึกฝนทีมงานในแนวคิด Lean มีผลกระทบที่มีความสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาองค์กร ผู้วิจัยจึงสนใจในการออกแบบโดยใช้กระบวนการ Lean เพื่อให้ แชนบอท สามารถตอบสนองต่อความต้องการและตอบคำถามของผู้ใช้ได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพและลดภาระงานที่ต้องทำซ้ำๆ และต้องการคำตอบในเวลาทำงานที่รวดเร็ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อออกแบบและพัฒนาแชทบอทเพื่อบริการข้อมูลสุขภาพประชาชน
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพกระบวนการโดยใช้แนวทางจัดการแบบลีน
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ที่มีต่อการแชทบอท

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาและพัฒนาเพื่อออกแบบและพัฒนาระบบ แชนบอท บริการข้อมูลสุขภาพประชาชนบนพื้นที่ออนไลน์ Facebook Messenger ซึ่งมีกลุ่มผู้ใช้งานที่หลากหลายบนแพลตฟอร์มเฟซบุ๊ก ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 - 31 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบแชทบอทบนแพลตฟอร์ม Facebook Messenger โดยใช้แนวทางบริหารจัดการระบบลีนมาช่วยในการออกแบบพัฒนา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1. ศึกษาขั้นตอนการบริการตอบคำถามประชาชนผ่าน Facebook Messenger ที่เกี่ยวข้องกับบริการข้อมูลสุขภาพประชาชน

- 2 ออกแบบและพัฒนากระบวนการและระบบแชทบอทบนแพลตฟอร์ม Facebook Messenger

3. การกำหนดกลุ่มข้อมูลคำถามและกลุ่มข้อมูลคำตอบเพื่อใช้ในการโต้ตอบการสนทนา

- 4 กำหนดขั้นตอนวิธีการพัฒนาระบบแชทบอทเพื่อใช้ในการโต้ตอบการสนทนา ได้แก่ การทดสอบระบบ

5. การประเมินผลการศึกษาวิจัยของระบบ Facebook Messenger การประเมินประสิทธิภาพกระบวนการโดยใช้แนวทางจัดการแบบลีน ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิเคราะห์และออกแบบแชทบอทบนแอปพลิเคชันเฟซบุ๊กเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการสมัครดิจิทัลแพลตฟอร์มสำหรับบริการข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดหัวข้อและขอบเขตของการศึกษา โดยศึกษารวบรวมข้อมูลและคัดกรองประเด็นคำถามด้านบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อในการอภิปราย

2. นำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผลโดยประมวลรูปแบบ "คำถามที่อาจเกิดขึ้น" ใน ประเด็นขอรับบริการสุขภาพตามขอบเขตที่กำหนดพร้อมทั้ง "คำตอบ" สำหรับคำถามเหล่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการวิจัยนี้ให้แนวทางที่มีโครงสร้างในการพัฒนาและบำรุงรักษา แชทบอท โดยยึดผู้ใช้งานเป็น

ศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดแม่นยำ และมีประสิทธิภาพส่งมอบข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณค่าแก่สาธารณะ โดยกำหนดและขอบเขต ดังนี้

1. ศึกษาขั้นตอนการบริการตอบคำถามประชาชนผ่าน Facebook Messenger ที่เกี่ยวข้องกับการบริการข้อมูลสุขภาพประชาชนการวิเคราะห์หาสาเหตุของกระบวนการทำงานที่เกิดความสูญเปล่าและขาดประสิทธิภาพ

2. การวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้: โดยดำเนินการสำรวจ สัมภาษณ์ หรือสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกว่าข้อมูลใดที่กลุ่มเป้าหมายต้องการ และวิธีที่พวกเขาต้องการรับข้อมูล

3. ออกแบบกระบวนการใหม่ด้วยการนำระบบ แชทบอท มาประยุกต์ใช้ในงานบริการข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ตัดสินใจเลือกแพลตฟอร์มของ แชทบอท (Facebook Messenger)

4. สร้างการออกแบบการสนทนาที่เป็นมิตรต่อผู้ใช้และมีส่วนร่วมพัฒนาลำดับขั้นของเนื้อหาเพื่อจัดระเบียบข้อมูลอย่างมีเหตุผล

5. การประมวลผลภาษาธรรมชาติ Natural language processing (NLP) เพื่อทำความเข้าใจคำถามของผู้ใช้ แยกคำหลักที่เกี่ยวข้อง และสร้างคำตอบที่เหมาะสมฝึก แชทบอท ให้จดจำรูปแบบต่างๆ ในคำถามของผู้ใช้ โดยกำหนดหัวข้อและขอบเขตของการศึกษาโดยศึกษารวบรวมข้อมูลและคัดกรองประเด็นคำถามด้านบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องหัวข้อในกรอบการวิจัย

6. นำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผลโดยประมวลรูปแบบ "คำถามที่อาจเกิดขึ้น" ใน ประเด็นขอรับบริการสุขภาพตามขอบเขตที่กำหนดพร้อมทั้ง "คำตอบ" สำหรับคำถามเหล่านั้น

7. การพัฒนาโดยสร้างแชทบอทโดยใช้แพลตฟอร์ม Facebook Messenger ในการจัดเก็บและเรียกสืบค้นข้อมูล

8. ดำเนินการทดสอบการใช้งานกับผู้ใช้จริงเพื่อระบุปัญหาหรือส่วนที่ต้องปรับปรุง

9. ประเมินความแม่นยำของ แชทบอท ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพวัดความพึงพอใจของผู้ใช้ผ่านแบบสำรวจออนไลน์และแบบฟอร์มคำติชม

10. การปรับปรุงอัปเดต แชทบอท อย่างต่อเนื่องตามความคิดเห็นของผู้ใช้และข้อมูลด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นใหม่

11. เพิ่มขีดความสามารถคงไว้ซึ่งความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัย: ตรวจสอบให้แน่ใจว่าข้อมูลผู้ใช้ได้รับการจัดการอย่างปลอดภัยและเป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ปี พ.ศ. 2562 เพื่อป้องกัน

12. วิเคราะห์การโต้ตอบและข้อมูลของผู้ใช้เพื่อรับข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมและการตั้งค่าของผู้ใช้

13. ประเมินความพึงพอใจการใช้งาน Facebook Messenger แชทบอท

ผลการศึกษา

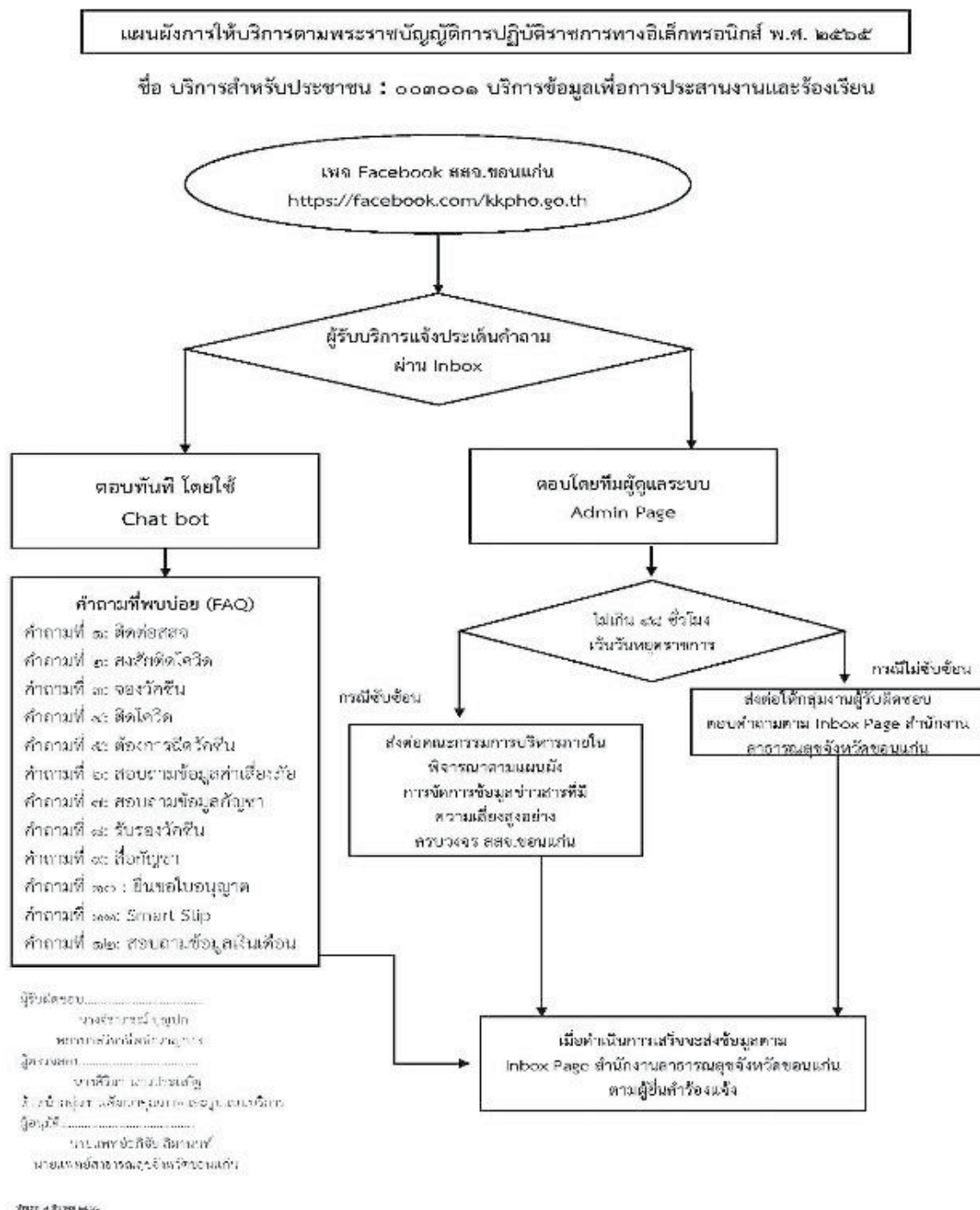
1. ผลออกแบบและพัฒนาแชทบอทเพื่อบริการข้อมูลสุขภาพประชาชนและปรับปรุงขั้นตอนการบริการตามแนวคิดของสิน พบว่า แชทบอทสามารถสนับสนุนงานบริการข้อมูลสำเร็จได้ตามรูปแบบที่วางไว้ สามารถโต้ตอบข้อซักถามผู้ใช้งานได้เป็นอย่างดีและเป็นที่น่าสนใจ ดังภาพประกอบที่ 1

2. ผลการประเมินประสิทธิภาพกระบวนการโดยใช้แนวทางจัดการแบบ Lean พบว่า ภายหลังจากนำกระบวนการแบบ Lean มาใช้เพื่อปรับปรุงขั้นตอนการบริการข้อมูลสุขภาพ สามารถลดขั้นตอนเวลาในการบริการลดลง ระบบ Facebook Messenger แชทบอท ทำให้ขั้นตอนเวลาในการบริการลดลง 1,596 นาที คิดเป็นร้อยละ 97.65 ประสิทธิภาพคิดเป็นร้อยละ 99.5

3. ผลการประเมินความพึงพอใจการใช้งาน Facebook Messenger แชทบอท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.75 อยู่ในระดับความพึงพอใจในระดับมากและจากการให้ผู้ใช้งานทำแบบประเมินพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ระบบสามารถตอบได้รวดเร็วได้รับค่าเฉลี่ย

อยู่ที่ 4.67 รองลงมา คือ ระบบสามารถโต้ตอบสะดวก และง่ายต่อการใช้งานได้รับค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.55 ในขณะที่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถใช้งานได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ผู้ใช้งาน ได้รับค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.58 รองลงมาคือด้านการแสดงเนื้อหาครอบคลุม

รายละเอียดและข้อมูลได้ครบถ้วน ได้รับค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.24 อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยที่ได้ในระดับที่ต่ำที่สุดนั้นตามหลักเกณฑ์การพิจารณาที่กำหนดไว้พบว่ายังอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก



ภาพประกอบที่ 1 ผลออกแบบและพัฒนาแชทบอทเพื่อบริการข้อมูลสุขภาพประชาชน

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแชทบอทเพื่อบริการข้อมูลสุขภาพประชาชนโดยกระบวนการใหม่สามารถลดระยะเวลาการรอคอยคำตอบ 1,596 นาที คิดเป็นร้อยละ 97.65 มีประสิทธิภาพคิดเป็นร้อยละ 99.35 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 98.91 และจากการศึกษากลุ่มผู้ใช้งานภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ที่สุด ($\bar{X} = 4.75$, S.D. = 0.57) และ ยังพบว่าเรื่องระบบสามารถโต้ตอบได้รวดเร็วมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ ที่สุด ($\bar{X} = 4.67$, S.D. = 0.58) จากการศึกษาดังกล่าว พบว่า แชทบอทที่พัฒนาขึ้นเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ผู้ใช้งาน พึงพอใจ มีความน่าสนใจต่อการใช้งาน สามารถตอบคำถามให้ผู้ใช้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของร้อยตำรวจโทเกียรติพันธ์ศักดิ์ บิลอับดุลลาห์ (2564)⁵ ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ใช้ แชทบอท สนับสนุนงานสอบสวน กรณีศึกษาสถานีตำรวจภูธรเบตง พบว่าการศึกษาพัฒนาระบบ Facebook Messenger สามารถโต้ตอบได้รวดเร็ว

และให้คำแนะนำเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้งานในระดับมาก นอกจากนี้ ระบบแชทบอทยังสามารถพัฒนาปรับปรุงระบบให้มีความหลากหลายข้อคำถามให้ตอบสนองตามความต้องการของผู้พัฒนาได้ การพัฒนาแชทบอทเพื่อบริการข้อมูลสุขภาพประชาชนเป็นหนึ่งในวิธีที่น่าสนใจในการให้บริการข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ คือ การเพิ่มความถูกต้องของการตอบคำถามแชทบอทสามารถทำได้โดยการเพิ่มจำนวนข้อมูลการฝึกฝนโดยเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดพฤติกรรมและคำถามที่พบบ่อยจากผู้ใช้งานจริง เพื่อให้ แชทบอทสามารถเรียนรู้ค่าและประโยค จากสภาพแวดล้อมจริง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของแชทบอทได้เป็นอย่างดี และ แชทบอทสามารถตอบคำถามได้รวดเร็วและมีความถูกต้องที่เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสื่อสารความเสี่ยง โรคและภัยสุขภาพในภาวะวิกฤติ (Crisis Risk Communication) สำหรับเจ้าหน้าที่ (ปรับปรุงครั้งที่ 3). สมุทรปราการ: บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด ; 2564.
- 2.ชัยพร คำเจริญคุณ. การพัฒนาระบบU LINE BOT NU Library เพื่อการให้บริการร่วมกับระบบห้องสมุดอัตโนมัติ KMUTT-LM: การประชุมวิชาการระดับชาติ PULINET ครั้งที่ 10 :Library Transformation in a Disrupted World, 8 -9 มกราคม 2563, สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยทักษิณ.; 2563.
- 3.ดวงกมล แก้วแดง. การพัฒนาระบบU Chat Bot โดยใช้ Google Dialogflow เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาขาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ; 2561.
- 4.พลอยทราย พรนุเคราะห์, ประสงค์ ปรานิตพลกรัง และนวรรตน์ แซ่ไคว้ .“การพัฒนาสมาร์ตดิจิทัลแพลตฟอร์มสำหรับให้คำปรึกษาทางกฎหมายในกรมสรรพสามิตโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ (THE DEVELOPMENT OF A SMART DIGITAL PLATFORM FOR LEGAL CONSULTANT IN THE EXCISE DEPARTMENT USING ARTIFICIAL)
- 5.ร้อยตำรวจโทเกียรติพันธ์ศักดิ์ บิลอับดุลลาห์. การประยุกต์ใช้ แชทบอท สนับสนุนงานสอบสวน กรณีศึกษาสถานีตำรวจภูธรเบตง. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิตสาขาวิชาการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2564.

6. วรยา เหลืองอ่อน, อภิญญา จิตต์เนื่อง, อัมภัพันธ์ ชัดเรือน, จงมณี สุริยะ, อัจฉรา วรารักษ์, รุ่งเรือง กิจผาติ. การพัฒนารูปแบบการจัดการข้อมูลข่าวสารที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อการสื่อสารสาธารณะของกรมควบคุมโรค. วารสารควบคุมโรค 2556; 39 (3) :53-60.
7. ศิวยา เลิศเสรี. แอปพลิเคชันแชทบอทเพื่อการให้บริการข้อมูลติดตั้งสายใยแก้วนำแสง กรณีศึกษา ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส.ที.เอส. คอมมูนิเคชั่น. การค้นคว้าอิสระปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ;2563.
8. สนทยา ทิมเรือง. การนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบภายใน. การค้นคว้าอิสระปริญญา มหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
9. สร้าง แชทบอท AI ที่ฉลาดกว่า ด้วย Dialogflow. สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2566 จากเว็บไซต์ <https://cloud-ace.co.th/blogs/o3q7h9-แชทบอท-ai-dialogflow>
10. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2020). ปัญญาประดิษฐ์ในการให้บริการของภาครัฐ. สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2564 จากเว็บไซต์ <https://www.etda.or.th/th/Useful-Resource/Knowledge-Sharing/Articles/AI-in-Government-Services.aspx#ftn1G-Able>. :2564.
11. สุนิสา ศรแก้ว. การยอมรับเทคโนโลยี แชทบอท ในธุรกิจธนาคารในประเทศไทย.บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2561
12. Excise Department using Artificial Intelligence),” การประชุมวิชาการระดับชาตินานาชาติ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ครั้งที่ 22 ประจำปี2565 (The 22nd National and International Sripatum University Conference: SPUCON2022); 2565.
13. Florian Peters. Design and implementation of a แชทบอท in the context of customer support. Faculty of Computer Science and Engineering. University of Liege; 2563
14. Nikita Lukianets. (2019). 50+ platforms for แชทบอท design, development a analytics - Less is More. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566 จากเว็บไซต์ <https://medium.com/voice-tech-podcast/50-platforms-for-แชทบอท-design-development-and-analytics-less-is-more-a8677ab2b7d5> Oxford Insight. (2022). AI Readiness Index. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566 จากเว็บไซต์ <https://www.oxfordinsights.com/government-ai-readiness-index-2020>.

การพัฒนาแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ตามแนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of Development of Emergency Severity Index in Patient's Model at Khaowong Hospital, Kalasin Province

(Received: September 28,2023 ; Revised: September 29,2023 ; Accepted: September 30,2023)

พรรณทิพย์ วรณขาว¹, นฤมล ภูสนธิ¹, สว่างศิลป์ ภูหนองโอง¹
Pantip wannakhao¹, Narumol Poosanit¹, Sawansin Poonongong¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 – 30 มิถุนายน 2564 โดยใช้แนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนาครั้งนี้ พบ ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency & Urgent) รอดตรวจ ได้รับการคัดกรองซ้ำ ร้อยละ 79.00 รองลงมาเป็นผู้ป่วย MI รอดตรวจ ร้อยละ 9.00 และ ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการคัดกรองซ้ำ ร้อยละ 5.00 ตามลำดับกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 7 มาตรการสำคัญ ดังนี้ มาตรการที่ 1 มีการประชุมทีมสหวิชาชีพ มาตรการที่ 2 ศึกษาเกณฑ์การคัดกรองและจัดระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย มาตรการที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโรคกลุ่มอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการ มาตรการที่ 4 ปรับปรุงแนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) ให้มีเกณฑ์การคัดกรองชัดเจนครอบคลุมมากขึ้น มาตรการที่ 5 ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ (ESI) ที่ปรับปรุงใหม่ มาตรการที่ 6 พัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรในการคัดกรองผู้ป่วย มาตรการที่ 7 การประเมินผลและทบทวนความเหมาะสมของการใช้แนวทางการคัดกรอง ติดตามประชุมติดตามทุก 3 เดือน ผลจากการพัฒนารูปแบบพบว่าอัตราการคัดกรองจัดระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 96.80 Over triage ร้อยละ 1.74 Under Triage ร้อยละ 1.46 การอบรมพัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรมมีค่า 6.67 คะแนน (SD 1.23 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม มีค่า 8.22 คะแนน (SD 0.94 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.36$) ความถูกต้องของความรู้และแรงจูงใจ ระดับ Less-Urgent เพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 96.00 รองลงมา Urgent ร้อยละ 94.00 และ ระดับ Resuscitation ร้อยละ 90 ตามลำดับ ผลการประเมินความพึงพอใจ เฉลี่ยก่อนพัฒนามีค่า 50.61 คะแนน (SD 5.53 คะแนน) คะแนนความพึงพอใจภายหลังการอบรม มีค่า 56.00 คะแนน (SD 5.96 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจภายหลังการพัฒนาแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.73$)

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน, การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ESI

ABSTRACT

This study is action research that aims to study the effectiveness of the development of the emergency patient's Triage Model at Khaowong Hospital, Kalasin Province. The purposive samplings were registered nurses and advanced emergency medical technician Emergency Severity Index. The sample was drawn from specific random sampling, including 9 professional nurses and emergency medical officers. Data were collected. Between 1 January 2021 - 30 June 2021 using the Emergency Severity Index (ESI) screening guidelines. Research tools include knowledge and skills assessment for emergency patient triage. Quality assessment form for sorting emergency patients and

¹ โรงพยาบาลเขาวง

satisfaction assessment form for emergency patient classification. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test.

The results found that After the following developments, it was found that emergency patients (Emergency & Urgent) waiting to be examined were screened slowly at 79.00 percent, followed by MI patients waiting to be screened at 9.00 percent and critically ill patients were screened slowly at 5.00 percent according to Sequence The development process consists of 7 important measures as follows: Measure 1: Have a multidisciplinary team meeting. Measure 2: Study criteria for screening and classify illness severity. Measure 3: Analyze data on disease symptoms of emergency patients receiving services. Measure no. 4 Improve the Emergency Severity Index (ESI) screening guidelines to have clearer, more comprehensive screening criteria. Measure 5: Meeting relevant personnel to use the revised (ESI). Measure 6: Develop knowledge and skills of personnel in screening. Patients, Measure 7: Evaluation and review of the suitability of screening guidelines. Follow up with follow-up meetings every 3 months. Results from the development of the model found that the screening rate for grading illness severity correctly was 96.8% Over triage 1.74% % Under Triage 1.46% Training to develop staff knowledge found that the average score Before the training, there was a value of 6.67 points (SD 1.23 points). The average score after training was 8.22 points (SD 0.94 points). Tested with paired t-test statistics, it was found that the average score of knowledge and patient sorting skills after training More than before the training with statistical significance at the .05 level ($t = 9.36$). The accuracy of severity and urgency at the Less-Urgent level increased the most at 96.00 percent, followed by the Urgent level at 94.00 percent and the Resuscitation level. 90 percent respectively. Satisfaction assessment results. The average before development was 50.61 points (SD 5.53 points). The satisfaction score after training was 56.00 points (SD 5.96 points). Tested with paired t-test statistics, it was found that the satisfaction score after developing the classification model. The number of patients after development increased more than before development at a statistical significance of .05 ($t = 5.73$).

Keywords: Development of care model for emergency room patients, ESI emergency patient classification

บทนำ

ในการบริการของประเทศไทย การจำแนกผู้ป่วยตามความจำเป็นด้วยหลักวิชาการซึ่งเป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็วเร่งด่วนโดยการหาปัญหา อาการสำคัญ ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตรวจรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย⁽¹⁾ ตามสิทธิของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาถึงที่ห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการและตรวจรักษา⁽²⁾ พบว่ามีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยโรงพยาบาลรัฐต้องเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง⁽³⁾ ปัญหาที่พบบ่อยในการจำแนกผู้ป่วย มักพบว่า ไม่ตรงตามจริง หรือ ผิดพลาด⁽⁴⁾ ตามหลักการประเมินที่ค่าสูงกว่าเกณฑ์จะทำให้เสียค่าใช้จ่าย ลำช้า ในกรณีได้รับการประเมินคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม หรืออาจจะไม่ปลอดภัย และทำให้ไม่พึงพอใจทั้งกับผู้ป่วยญาติ หรือ บุคลากรที่ให้บริการได้⁽⁵⁾ การพยาบาลต้องใช้เวลาในการจัด หรือ จำแนกผู้ป่วย ที่มีอาการยาวนาน ส่งผลต่อความยุ่งยากและการตัดสินใจ⁽⁶⁾ การจำแนกผู้ป่วยต้องอาศัยทักษะ ประสบการณ์ และความรู้ ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและซับซ้อน ตามแต่ละสถานการณ์⁽⁷⁾

โรงพยาบาลเขาวง มีผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมารับบริการตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้มารับบริการจำนวนมาก การใช้ระบบคัดกรอง ที่ง่าย รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน จะช่วยคัดกรองผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ดี โรงพยาบาลเขาวง จึงได้ใช้การคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน ซึ่งเป็นมาตรฐานการคัดกรองของสหรัฐอเมริกา โดยมีจุดเด่นที่เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนัก เสี่ยง จำเป็น ที่ต้องได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรง ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวงได้ดำเนินการคัดกรองตามความรุนแรง 5 ระดับ ในปี 2563 มีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ

ฉุกเฉิน จำนวน 34,479 ราย จำแนกผู้ป่วยตามระบบคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) แบ่งเป็นผู้ป่วย 5 ระดับดังนี้ผู้ป่วยวิกฤต (Life threatening :Level 1) จำนวน 399 ราย คิดเป็น 1.15 % รองลงมาเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergency :Level 2) จำนวน 2,726 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.90 และ ผู้ป่วยฉุกเฉินปานกลาง (Urgency :Level 3) จำนวน 7,879 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.85 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Semi-Urgency :Level 4) จำนวน 3,607 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.46 และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-Urgency : Level 5) จำนวน 19,868 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.62 จากการติดตามตัวชี้วัดและอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากการทบทวน พบว่ามีความซับซ้อน ใช้เวลาในการคัดกรองนานและมีความคลาดเคลื่อนในการคัดกรอง ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตามความเร่งด่วน มักเกิดปัญหาร้องเรียน สาเหตุหลักที่สำคัญคือผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และทักษะการคัดกรองของพยาบาล มีการใช้แนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) เป็นเกณฑ์กว้างๆ เมื่อผู้ป่วยมาด้วยโรค กลุ่มอาการ สัญญาณชีพ ซึ่งมีรายละเอียดที่ต้องนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์ เพื่อคัดกรองจัดระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย ซึ่งจะต้องทำรายละเอียดกลุ่มโรค กลุ่มอาการ สัญญาณชีพมาประกอบกับ Emergency Severity Index (ESI) เดิมทำให้แนวทางการคัดกรองมีความชัดเจน ถูกต้องและง่ายต่อผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น และการจัดทำ Flow คัดกรองและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ไม่มีหน้าที่และผู้รับผิดชอบชัดเจน ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการจัดระดับความจำเป็นเร่งด่วนของผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การพัฒนารูปแบบและมาตรฐานการบริการด้านคุณภาพในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประเมินผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย โดยนำผลการใช้แบบคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน มาปรับปรุง พัฒนาให้เหมาะสม และดียิ่งขึ้น เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลเขาวงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 – 30 มิถุนายน 2564 ได้ทำการศึกษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาตามหลักแนวคิดมาตรฐานการคัดกรองในสหรัฐอเมริกา การคัดกรองตามระดับความเร่งด่วน (Emergency Severity Index : ESI) โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 5 กลุ่มคือ ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป ปัจจุบันได้มีการปรับปรุงแก้ไข ให้ง่ายในการใช้มากกว่ารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย 3 ประเภท โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน กึ่งฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉิน ได้มีกระบวนการศึกษาพัฒนารูปแบบ ดังนี้

1. การทบทวนข้อมูลและการวางแผนพัฒนางานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้ร่วมกับทีมวิเคราะห์สถานการณ์ความคลาดเคลื่อน การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อวางแผนแก้ไข โดยสุ่มตัวอย่างเวชระเบียน จำนวน 200 ชุด แบ่งเป็น 5 ระดับ ระดับละ 40 ชุด ได้ทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และ หัวหน้างานห้องฉุกเฉิน 3 ท่าน ได้ลงความเห็นว่างถูกต้องหรือไม่ ในช่วงก่อนดำเนินงาน เพื่อหาสาเหตุ และตรวจสอบลงความเห็น หาสาเหตุ ข้อเสนอแนะ หาแนวทางการพัฒนา เป็นรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรง และตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ดำเนินการอบรมทบทวนองค์ความรู้ โดยดำเนินการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ระดับความรุนแรง ความเร่งด่วน ตามแนวทางของ สผ. กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ในสถานการณ์จริงระยะเวลา 2 เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2564 และ มีนาคม-มิถุนายน 2564

3. ดำเนินการสังเกตการณ์ ร่วมกับการประเมินคุณภาพ ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ของโรงพยาบาลเขาวง โดยสุ่มตรวจเวชระเบียน ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2564 จำนวน 200 ชุด และประเมินความพึงพอใจหลังการนำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไปใช้

4. ดำเนินการค้นข้อมูล ผลที่ได้จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ญาติ และเจ้าหน้าที่ ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะการพัฒนา ให้เกิดเป็นรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลเขาวงที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 12 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 9 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ชุดประกอบด้วย

ชุดเครื่องมือที่ 1 การประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรงและตามระดับความเร่งด่วน โดยเลือกใช้แผนการคัดแยกอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน

ชุดเครื่องมือที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามความระดับรุนแรงและความเร่งด่วน ตามคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วย โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาวง ตามความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด โดยใช้ค่า (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นถูกต้อง 2 ใน 3

ชุดเครื่องมือที่ 3 แบบเก็บข้อมูล การคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สิทธิการรักษา วิธีการนำส่ง อาการสำคัญ การวินิจฉัยโรคสุดท้าย และผลลัพธ์การรักษาสุดท้าย และ การประเมินระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการรักษาผู้ป่วย โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาวง ตามความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด โดยใช้ค่า (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นถูกต้อง 2 ใน 3

ชุดเครื่องมือที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังการพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 13 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย คำนวณจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และความเที่ยงมีค่ามากกว่า 0.80 และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน Paired t-test

3. เปรียบเทียบคุณภาพในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยพิจารณาความเห็นระหว่างผู้ประเมินว่ามีความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด จากผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าคุณต้อง 2 ใน 3

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านข้อมูลที่บันทึกและจัดหมวดหมู่ตามข้อคำถามเพื่อลงรหัสข้อมูล (coding) ร่วมกับการสร้างคำถามจากข้อมูลที่มีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างคนอื่น นำไปสอบถามอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณาความเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแบบเดิม และแนวทางการแก้ไข้ปัญหา

5. เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามความรุนแรงและตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ สรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.45 อายุระหว่าง 25-35 ปี เฉลี่ย 28.56 ปี (SD 8.2 ปี) ประสบการณ์ทำงานด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่าง 1-13 ปี เฉลี่ย 6.21 ปี (SD 4.42 ปี) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 90.30 เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน ร้อยละ 9.70 เคยเข้ารับการอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.55

2. จากการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วน 5 ระดับ ระดับละ 40 แพ้ม รวม 200 แพ้ม จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า อุบัติการณ์ความเสี่ยงข้อผิดพลาดจากการคัดกรอง ภายหลังการพัฒนาดังนี้ พบ ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency & Urgent) รอดตรวจ ได้รับการคัดกรองช้า ร้อยละ 79.00 รองลงมาเป็น ผู้ป่วย MI รอดตรวจ ร้อยละ 9.00 และ ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการคัดกรองช้า ร้อยละ 5.00 ตามลำดับ

ตาราง 1 อุบัติการณ์ความเสี่ยงข้อผิดพลาดจากการคัดกรอง ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

อุบัติการณ์ความเสี่ยง ข้อผิดพลาดจากการคัดกรอง	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการคัดกรองช้า	13	6.50	10	5.00
ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency & Urgent) รอดตรวจ ได้รับการคัดกรองช้า	149	74.50	158	79.00
ผู้ป่วย MI รอดตรวจ	21	10.50	18	9.00
ผู้ป่วย Acute Stroke Fast track รอดตรวจ	6	3.00	5	2.50
ผู้ป่วยฉุกเฉินทรุดลงขณะรอดตรวจ	11	5.50	9	4.50

3. กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 7 มาตรการสำคัญ ดังนี้ มาตรการที่ 1 มีการประชุมทีมพยาบาลในหน่วยงานเพื่อทบทวนปัญหาและร่วมกันปรับปรุงระบบในประเด็น การทบทวนภาระงาน ปรับเปลี่ยนอัตรากำลังโดยจัดให้มีพยาบาลคัดกรองในเวรตึก เข้า บ่าย มีการทบทวน Flow การคัดกรอง การมอบหมายพยาบาลคัดกรองประจำวัน และกำหนดบทบาทหน้าที่ รวมถึงกำหนดมาตรฐานอุปกรณ์เครื่องมือในการคัดกรองและการตรวจสอบความพร้อมใช้ การปรับสถานที่สำหรับตั้งจุดคัดกรองให้อยู่หน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มาตรการที่ 2 ศึกษาเกณฑ์การคัดกรองและจัดระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่จัดทำโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน มาตรการที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโรคกลุ่มอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการ 20 อันดับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อนำประกอบการปรับปรุงแนวทางการคัดกรองให้มีความถูกต้อง ชัดเจนมากขึ้นภายใต้ภายใต้บริบทของพื้นที่ มาตรการที่ 4 ปรับปรุงแนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) ให้มีเกณฑ์การคัดกรองชัดเจนครอบคลุมมากขึ้น มาตรการที่ 5 ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง แพทย์ พยาบาล และ EMT แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ชี้แจงแนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) ที่ปรับปรุงใหม่ ทบทวนความเข้าใจในการนำแนวทางไปปฏิบัติเปิดโอกาสในซักถามในประเด็นเกณฑ์คัดกรองข้อใดที่ไม่เข้าใจในการปฏิบัติ นำแนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) ที่ปรับปรุงใหม่ สู่การปฏิบัติ มาตรการที่ 6 พัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรในการคัดกรองผู้ป่วย Training on the Job โดยการนิเทศทางคลินิกโดยหัวหน้างานขณะรับส่งเวรเข้าทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์พร้อมทั้งทบทวนคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) จัดทำแผนส่งอบรมภายนอกจัดกิจกรรมทบทวนปฏิบัติการความเสียง/ข้อผิดพลาดจากการคัดกรองประจำเดือน มาตรการที่ 7 การประเมินผลและทบทวนความเหมาะสมการใช้แนวทางการคัดกรอง โดยมอบหมายหัวหน้าเวรสรุปข้อมูลการคัดกรองและติดตามปฏิบัติการความเสียงที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยทุกเวร มีผู้รับผิดชอบสรุปข้อมูล ตัวชี้วัดทุกเดือน ทบทวนเวชระเบียน triage audit ทุก 3 เดือน ติดตามประชุมติดตามทุก 3 เดือนเพื่อปรับปรุงกิจกรรมและแนวทางให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน และตามข้อเสนอแนะต่างๆ ของบุคลากร

4. ผลการพัฒนา รูปแบบ พบว่า ผลลัพธ์ อัตราการคัดกรองจัดระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 96.8 Over triage ร้อยละ 1.74 เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 15 และ Under Triage ร้อยละ 1.46 เป้าหมายต้องน้อยกว่า ร้อยละ 5 ปัญหาข้อบกพร่องที่พบหลังพัฒนา คือ แบบคัดกรองใช้กระดาษสีขาว ในกรณีพยาบาลจุดคัดกรองนำ case ไปถ่ายทอดให้กับพยาบาลทีมฉุกเฉินในห้องทำให้เกิดการ Delay ในการประเมินผู้ป่วยเพราะการระบุประเภทผู้ป่วยไม่เด่นชัด การบันทึกไม่สมบูรณ์ในส่วนของ การซักประวัติอาการสำคัญ ระยะเวลา Vital sign การระบุประเภทผู้ป่วย การระบุเจ้าหน้าที่คัดกรอง เวลารับและเวลาคัดกรองผู้ป่วยการมอบหมายหน้าที่พยาบาลคัดกรองยังขาดความเหมาะสม งาน Overload มากทำให้การลงข้อมูลคัดกรองไม่ทัน ยังจำเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นไม่ได้หมดโดยเฉพาะเกณฑ์เกี่ยวกับ Vital sign จึงมีการปรับปรุงแบบเพิ่มเติมใน เดือน กรกฎาคม 2564-กันยายน 2564 โดยใช้แผ่น Chart สีตามประเภทผู้ป่วย ปรับปรุงเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉินของแผนก ทบทวนบทบาทหน้าที่ปรับบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม ติดตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นในโต๊ะทำงานและใช้ระบบ IT ช่วยสามารถค้นหาได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าและวางแผนการพัฒนาต่อ ยอดในปี 2565 ปี 2565 พัฒนา specific competency การคัดกรองผู้ป่วย รายบุคคล

การถอดบทเรียนจากการพัฒนา พบว่า การลดความผิดพลาดจากการคัดกรองผู้ป่วย บุคลากรแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรได้รับการอบรม ฝึกทักษะการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งการมีแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยตัดสินใจในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เพื่อจำแนกและจัดระดับความเร่งด่วนของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันเวลา (safety and timely access)

ผลการพัฒนาองค์ความรู้ ในการการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทางของ สผ. กระทรวงสาธารณสุข ผลการอบรมพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม จำนวน 18 คน ตามแบบทดสอบ การประเมินแบบ CARD 10 ข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรมมีค่า 6.67 คะแนน (SD 1.23 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม มีค่า 8.22 คะแนน (SD 0.94 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินหลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.36$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยก่อนและหลังการอบรม (n=18)

รายการ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนอบรม	9	6.67	1.23	9.36	<.05*
หลังอบรม	9	8.22	0.94		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินเวชระเบียน จากความเห็นว่าการถูกต้องของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ผลการตรวจสอบพบว่า ภายหลังการพัฒนา พบว่า แพทย์ผู้ช่วยจำนวน 250 แพทย์ ถูกต้อง 227 แพทย์ มีค่าความถูกต้องแม่นยำ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.80 จากแพทย์ทั้งหมด 250 แพทย์ ประสิทธิภาพการนำรูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินไปทดลองใช้งานจริงระยะเวลา 6 เดือน (มกราคม - มีนาคม 2564) เทียบกับ (เมษายน - มิถุนายน 2564) ความถูกต้องของความรุนแรงและเร่งด่วนระดับ Less-Urgent เพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 96.00 รองลงมาระดับ Urgent ร้อยละ 94.00 และ ระดับ Resuscitation ร้อยละ 90 ตามลำดับ ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องตามระดับความรุนแรงและเร่งด่วน ก่อนและหลังพัฒนา

ระดับความรุนแรงและเร่งด่วน	ความถูกต้อง ม.ค.-มี.ค.64			ความถูกต้อง เม.ย.-มิ.ย.64		
	จำนวน	ถูกต้อง	ร้อยละ	จำนวน	ถูกต้อง	ร้อยละ
Resuscitation	50	41	82.00	50	45	90.00
Emergent	50	42	84.00	50	43	86.00
Urgent	50	44	88.00	50	47	94.00
Less-Urgent	50	43	86.00	50	48	96.00
Non-Urgent	50	42	84.00	50	44	88.00
รวม	250	212	84.80	250	227	90.80

ผลการประเมินความพึงพอใจ 13 ข้อ ภายหลังการพัฒนาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนตามแนวทางของ สผ. กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนความพึงพอใจ เฉลี่ยก่อนพัฒนามีค่า 50.61 คะแนน (SD 5.53 คะแนน) คะแนนความพึงพอใจภายหลังการอบรม มีค่า 56.00 คะแนน (SD 5.96 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจภายหลังการ

พัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.73$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

รายการ	จำนวน	ความพึงพอใจเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	9	50.61	5.53	5.73	<.05*
หลังพัฒนา	9	56.00	5.96		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 25-35 ปี ประสบการณ์ทำงานด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่าง 1-13 ปี เคยเข้ารับการอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าครึ่ง เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลนั้นเป็นที่นิยมในหมู่เพศหญิงที่เข้ารับการศึกษาศึกษา โดยเฉพาะห้องฉุกเฉินมีความต้องการบุรุษพยาบาลเป็นอย่างมาก ทั้งสมรรถนะทางร่างกาย และความพร้อมในการรับมือเหตุต่างๆ สอดคล้องกับ วรรณิดา เทียงวัญกุล และคณะ⁽⁸⁾ การตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วน พบว่า อุบัติการณ์ความเสี่ยงข้อผิดพลาดจากการคัดกรอง ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency & Urgent) รอดตรวจ ได้รับการคัดกรองช้า ผู้ป่วย MI รอดตรวจ และ ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการคัดกรองช้า เนื่องจากภาระงาน จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบการประเมิน การดำเนินงานในรัฐ ยังคงมีปัญหาและค่อนข้างช้า แม้จะมีการพยายามให้ทันสมัยอยู่ก็ตาม สอดคล้องกับ พะนอ เตชะอธิก และคณะ⁽⁹⁾

กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 7 มาตรการสำคัญ ดังนี้ มาตรการที่ 1 มีการประชุมทีมสหวิชาชีพ มาตรการที่ 2 ศึกษาเกณฑ์การคัดกรองและจัดระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย มาตรการที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโรคกลุ่มอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการ มาตรการที่ 4 ปรับปรุงแนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) ให้มีเกณฑ์การคัดกรองชัดเจนครอบคลุมมากขึ้น มาตรการที่ 5 ประชุม

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ (ESI) ที่ปรับปรุงใหม่ มาตรการที่ 6 พัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรในการคัดกรองผู้ป่วย มาตรการที่ 7 การประเมินผลและทบทวนความเหมาะสมการใช้แนวทางการคัดกรอง ติดตามประชุมติดตามทุก 3 เดือน ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลลัพธ์ อัตราการคัดกรองจัดระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยได้ถูกต้อง ปัญหาข้อบกพร่องที่พบหลังพัฒนา คือ แบบคัดกรองใช้กระดาษสีขาว ในกรณีพยาบาลจัดคัดกรองนำ case ไปถ่ายทอดให้กับพยาบาลทีมฉุกเฉินในห้องทำให้เกิดการ Delay ในการประเมินผู้ป่วยเพราะการระบุประเภทผู้ป่วยไม่เด่นชัด การพัฒนาองค์ความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและความเร่งด่วน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรมและช่วยทีมได้มาก การประเมินเวชระเบียน มีค่าความถูกต้องแม่นยำ เพิ่มขึ้น ทั้ง ความถูกต้องของความรุนแรงและเร่งด่วน ระดับ Less-Urgent ระดับ Urgent และ ระดับ Resuscitation ผลการประเมิน ความพึงพอใจบุคลากรมีค่าคะแนนความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ สัจพงษ์ โชคดีวัฒน์⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) ของโรงพยาบาลเขาวงไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทดลองใช้ 2-4 เดือน

ประเมินผลและปรับปรุงอย่างน้อย 3 วงรอบ จะทำให้
ได้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่
เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ส่งผลให้การ
รักษาพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ลดภัย ลด
ระยะเวลารอคอย ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น และ
เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการได้

2. ควรมีการพัฒนาทักษะบุคลากรในการคัด
แยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล อย่าง
ต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสารสนเทศ
โรงพยาบาลควบคู่กันไป จึงเกิดประสิทธิภาพ

3. การวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มการจับเวลาเพื่อ
ประเมิน ระยะเวลาการคอยการรักษา ทำให้สามารถ
ปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วย
อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ที่
ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุก
ขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจ
คุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งหัวหน้างานการ
พยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง หัวหน้างาน
การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวง
ผู้ตรวจประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วย
ฉุกเฉิน และขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านเขว
งที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัย
จนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ศศิวิมล พงษ์นิลละอาภรณ์. การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจำแนกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน
โรงพยาบาลพะเยา.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2552.
2. Potter, M. Emergency Department. (online) Available URL:<http://www.yvmc.org/yampa/servicesvices/emergency.html>. (Retrieved : October 20,2014) 2004.
3. Newberry, L. Emergency Nursing: Principle and Practice 5th ed. St.Louis : Mosby. 2003.
4. อัมภา ศรารัตน์, จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, และอมรรัตน์อนุวัฒน์นนทเขตต์. การจำแนกประเภทผู้ป่วยงานบริการ
พยาบาลผู้ป่วยใน. สำนักการพยาบาล กรมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
กรุงเทพมหานครการรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. 2547.
5. Wuerz, R., & Fernandes, C.M.B. Inconsistency of Emergency Department Triage. Annals of
Emergency Medicine, 32, 431 – 435. 1998.
6. Gerdtz M.F., & Bucknall, T.K. Triage Nurses' Clinical Decision Making: An Observational Study of
Urgency Assessment. Journal of Advanced Nursing, 35, 550-561. 2001.
7. Cioffi, J. Decission Making by Emergency Nurses in Triage Assessments. Accident and Emergency
Nursing. 6, 184-191. 1988.
8. วรณิดา เทียงวัญกุล และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ
แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลทหารบก.2566;24(1): 100-108.
9. พะนอ เตชะอธิก และคณะ. ความล่าช้าในการบริการผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์
ไทย. 2560;4(1): 25-35.
10. สัจพงษ์ โชคดีวัฒน์. ผลของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลเจริญศิลป์ อำเภอเจริญศิลป์
จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2566;26(2): 28-40.

การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร DEVELOPMENT OF COMPREHENSIVE ELDERLT CARE SYSTEM AND MECHANISM ‘SALE MODEL’ CHUMPHON PROVINCE

(Received: September 28,2023 ; Revised: September 29,2023 ; Accepted: September 30,2023)

อารมณ ร่มเย็น^{1*} เพ็ญพิศ จีระภา^{2*}
Arom Romyen^{1*} Penpit Jeerapa^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร และประเมินผลการพัฒนา ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่ายจำนวน 408 คน ผู้ดูแล จำนวน 102 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ศักยภาพของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการผ่านเกณฑ์ 10 มาตรฐานตำบล Long Term Care สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired samples T-Test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสรุปเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร จังหวัดชุมพร ‘SALE Model’ (S=screening, A=aging health club, L=long term care by DHS, E=end of life care) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (S=screening) 2) การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ (A1=aging health club) 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ (A2=aging health club) 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (L=long term care) 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ (E=end of life care) หลังพัฒนาเครือข่าย มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าก่อนดำเนินการ จาก 3.59 ± 0.50 เป็น 3.75 ± 0.62 มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.54 ± 0.57 เป็น 3.64 ± 0.66 และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.57 ± 0.58 เป็น 3.69 ± 0.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.5 ได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.48 ± 0.61 เป็น 3.85 ± 0.79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) หลังพัฒนาทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 44.1 ผลการประเมิน 10 มาตรฐานตำบล Long Term Care ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 ผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น ทั้ง 2 ปี อัตราผ่านเกณฑ์เพิ่มจากร้อยละ 99.11 เป็น 99.35

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การดูแลผู้สูงอายุ, ‘SALE Model’, จังหวัดชุมพร

Abstract

This research and development aim to study the development of comprehensive elderly care system and mechanism ‘SALE Model’ Chumphon Province. Between July- August 2023, sample group consisted of 408 networks, 102 caregivers, and 102 elderly people. Instruments research were questionnaire and elderly care record form, namely a network participation questionnaire, caregiver potential, quality of life of the elderly and passing the criteria of 10 Sub-district standards Long Term Care. Statistics used for analysis were: percentage, mean, standard deviation, paired samples T-Test and induction analysis.

Results : Development of a comprehensive elderly care system and mechanism ‘SALE Model’ Chumphon Province (S=screening, A=aging health club, L=long term care by DHS, E=end of life care) consists of 5 activities: 1) S=screening, 2) A1=aging health club, 3) A2=aging health club, 4) L=long term care, 5) E=end of life care. After network development There was a perception of health promotion for the elderly than before the operation from 3.59 ± 0.50 to 3.75 ± 0.62 . Participation in the development of the elderly care system increased more than before development from 3.54 ± 0.57 to 3.64 ± 0.66 and the quality of life

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

²โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

development of the elderly increased more than before development from 3.57 ± 0.58 to 3.69 ± 0.68 significantly statistics ($p\text{-value} < 0.001$). After the development, caregivers had a high level of potential overall, 75.5%. The support from the network increased more than before development from 3.48 ± 0.61 to 3.85 ± 0.79 with statistical significance ($p\text{-value} < 0.001$). After the development, the elderly had a moderate quality of life in performing their daily activities at a moderate level of 44.1 percent. Assessment results of 10 Long Term Care sub-district standards during the fiscal year 2022-2023 passed the excellent criteria in both 2 years, the pass rate increased from 99.11% to 99.35.

Keywords: System Development, Elderly Care, 'SALE Model', Chumphon Province

บทนำ

ปีพ.ศ.2562 ประชากรโลกมากกว่าหนึ่ง พันล้านคนมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคาดว่าจะ เพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปีพ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2593 สำหรับ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้กำหนดนโยบาย และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำงานร่วมกันในช่วง หลายปีที่ผ่านมาเพื่อปฏิรูปนโยบาย และแนวคิด เพื่อรับมือกับความท้าทายที่ต้องเผชิญ พร้อมกับ พัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ สมาคม ประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อาเซียน) นำโดยประเทศไทยจึงได้จัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อการ สูงอายุและนวัตกรรมเชิงรุก (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation; ACAI) ในปี พ.ศ. 2561 และมีการเปิดตัวอย่างเป็นทางการในเวที การประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 35 ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มี ผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก รายงานสำนักงานสถิติ แห่งชาติล่าสุดระบุว่า มีประชากร 12 ล้านคนที่อยู่ ในวัยผู้สูงอายุ จากประชากรทั้งหมดราว 67% ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะ 'สังคมสูงอายุ' ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 เพราะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็น 10% ของประชากรทั้งหมด คาดว่าประชากร สูงอายุของประเทศจะเพิ่มขึ้นเป็น 28% และเข้าสู่ 'สังคมผู้สูงอายุขั้นสูง' ภายในทศวรรษที่ 21 การ เปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรนี้ สะท้อนให้ เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบการรักษาพยาบาล ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก และเป็น

เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)⁽¹⁾

ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การศึกษาเกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวในสหราชอาณาจักร เยอรมนี สหรัฐอเมริกา คานาดา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย 3 ด้าน คือ 1) รูปแบบการให้บริการ 2) กระบวนการเข้าถึง และ 3) ค่าใช้จ่ายของระบบ ผลการวิจัยจากการทบทวน งานวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการให้บริการแบบเป็น ทางการโดยรัฐและเอกชนผ่านสถานบริการ แบบ ไม่เป็นทางการโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและ ชุมชน มีการให้สิทธิประโยชน์ทั้งในรูปแบบเงินสด และรูปแบบอื่น เช่น การดูแลที่บ้าน 2) การเข้าถึง บริการ มีระบบคัดกรองความต้องการดูแลใน กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และ 3) ค่าใช้จ่าย ของระบบผ่านระบบภาษี ระบบประกันสังคม และ การจ่ายเอง แนวทางการพัฒนาเพิ่มความรู้ รูปแบบบริการ การเข้าถึงระบบบริการ และ ค่าใช้จ่ายในระบบบริการ ประกอบด้วย 1) การ พัฒนาผู้ดูแลทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ 2) การ พัฒนากลไกการช่วยเหลือทางการเงิน 3) การจัด สิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม 4) การจัดกิจกรรมเพื่อ เพิ่มคุณภาพชีวิต 5) การปรับบทบาทของ สถานพยาบาล 6) การเพิ่มจำนวนสถานบริการ 7) การปรับกระบวนการคัดกรองให้ครอบคลุมทั้ง ทางด้านการแพทย์ กิจวัตรประจำวัน และ 8) การ พัฒนาระบบและกลไกทางการเงินให้สามารถ รองรับภาระค่าใช้จ่ายในอนาคต⁽²⁾

การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ระบบและกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุก

ที่สำคัญในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อหามาตรการการจัดหรือลดตัวปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ หรือเตือนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบหรือตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่กำลังเป็นปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคที่เป็นอยู่ ลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และได้อาศัยอยู่ในชุมชนหรือเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในอนาคต และลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคม และครอบครัวต่อไป⁽³⁾ กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการฟื้นฟูความรู้ทุกปี การสนับสนุนงบประมาณที่เอื้อต่อการจัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์ให้ครอบคลุมต่อการดำเนินงานผู้สูงอายุ และการได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการทำงานเป็นทีม จะส่งผลให้ผลในการดำเนินงานผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น⁽⁴⁾ การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการดูแลที่ต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น หน่วยงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และได้รับการกระจายอำนาจด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพิงในปี ค.ศ. 2018 ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระยะเวลาเตรียมการระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับความท้าทายใน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็ง ของทุนทางสังคมที่มีในชุมชน ทั้งในด้าน คน สถาบัน วัฒนธรรม และภูมิปัญญา 2) การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ มีการวางแผนและจัดสรร งบประมาณอย่างชัดเจน 3) การวางแผนและพัฒนากำลังคนทั้งด้านสุขภาพและสังคม และการเร่งเพิ่มสัดส่วน และพัฒนา

ศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการให้เพียงพอ ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและ 4) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาวะผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพ มีความเชื่อมโยง และบูรณาการ พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและสามารถจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์มีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

สภาพปัญหาผลกระทบทางด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดชุมพร ที่ผ่านมามีพบปัญหาในระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุยังอย่างเหมาะสม และภาคีเครือข่ายทางสังคมไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมมือกันในชุมชนและไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขาดการสื่อสารข้อมูลระหว่างกันทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ “SALE Model” กับการจัดการเชิงพื้นที่ของจังหวัดชุมพร มี “ชุมชน” เป็นศูนย์กลางความเข้มแข็ง โมเดลการทำงาน “ระดับจังหวัด” ภายใต้ความร่วมมือร่วมมือของพื้นที่ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนกลาง นำแนวคิด “SALE Model” และการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อและครบวงจร ทั้งการคัดกรองสุขภาพสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนาให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ พร้อมจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบระยะยาว จนถึงการดูแลในระยะท้ายของชีวิต จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) พบว่า จังหวัดชุมพร มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.74 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 11 และสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ถือว่ากำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุ ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร ที่ได้เริ่มดำเนินการในรอบที่ 1 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และในรอบที่ 2 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ตัวแบบดูแลผู้สูงอายุ ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่ออย่างครบวงจร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 นี้ เป็นการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ‘SALE Model’ เป็นวงรอบที่ 3

ดังนั้น การดำเนินงานทั้งส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนและการมีส่วนร่วมทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดชุมพร เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดเกิดการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่ออย่างครบวงจรมีความต่อเนื่องและยั่งยืน จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ‘SALE Model’ จังหวัดชุมพร

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนา ประกอบด้วย
1) กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) กลุ่มผู้ดูแลสูงอายุ ได้แก่ ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ 3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 4) การผ่านเกณฑ์มาตรฐานตำบล Long Term Care (LTC)

วิธีการศึกษา

รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา สถานที่ศึกษาในจังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566

ขั้นตอนดำเนินการ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรตัวแบบจังหวัดชุมพร ‘SALE Model’ มี 5 กิจกรรม ดังนี้

1. พัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (S=screening) โดยเจ้าหน้าที่ทำการประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุ
2. การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน (A1=aging health club) เน้นถึงการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในสังคม
3. พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ (A2=aging health club) มีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียน ผู้นำผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส โดยเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
4. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (L=long term care) โดยมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ การจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว การดูแลต่อเนื่องผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และระบบเครือข่ายการส่งต่อ
5. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ (E=end of life care)

ประชากรศึกษา ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดชุมพร ทั้งจังหวัดมีจำนวน 13,647 คนประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอละ 2 คน รวม 14 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (70 ตำบล) จำนวน 140 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 79 คน แกนนำ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน/หัวหน้าชุมชน) จำนวน 744 คน⁽⁶⁾ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีจำนวน 12,670 คน

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดชุมพร และมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมดมีจำนวน 2,411 คน

3. กลุ่มผู้สูงอายุ ในจังหวัดชุมพร ที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมดมีจำนวน 2,411 คน

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบจำนวนประชากร⁽⁷⁾ ดังนี้

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

ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% ด้วย

$$\text{สูตร } n_{\text{adjust}} = \frac{n}{(1-R)}$$

กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ

กำหนด N = ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ทั้งจังหวัดมีจำนวน 13,647 คน, Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงจากการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาภาคและคณะ⁽⁸⁾ ศึกษารูปแบบการพัฒนา นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน พบว่า ภาศเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ย 2.73 คะแนน (SD= 0.57) ค่าความแปรปรวน = 0.57, d = ค่าความคลาดเคลื่อนกำหนดที่ = 0.05

$$N = \frac{13,647 \times (1.96)^2 \times (0.57)}{(0.05)^2 \times (13,647-1) + (1.96)^2 \times (0.57)} = 366.53 \text{ คน}$$

หลังแทนค่าได้ขนาดตัวอย่าง 367 คน และปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% เป็นจำนวน 408 คน

5.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ กำหนด N = population size คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมดมีจำนวน 2,411 คน, Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงการศึกษาของ สายทิพย์ เป็นคุณ และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษา นวัตกรรมเชิงชุมชนสำหรับดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและวัดเป็นฐาน พบว่า ผลสภาพ

และนวัตกรรมเชิงชุมชน สำหรับดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (M = 4.41, SD = 0.05) ค่าความแปรปรวน = 0.05, d = ค่าความคลาดเคลื่อนกำหนดที่ = 0.05

$$n = \frac{2,411 \times (1.96)^2 \times (0.05^2)}{(0.05)^2 \times (2,411-1) + (1.96)^2 \times (0.05^2)} = 70.87 \text{ คน}$$

หลังแทนค่าได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 71 คน และปรับขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูล drop out 10% เป็นจำนวน 102 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย จำนวน 408 คน โดยสุ่มแบบเจาะจง ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ แกนนำ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน/หัวหน้าชุมชน) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เลือกสายอำเภอ ตำบล หมู่บ้านที่มีกลุ่มตัวอย่างและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จนตามครบขนาดตัวอย่าง

2. การสุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 102 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ศึกษาผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีประสบการณ์ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งเป็นสมาชิกในครอบครัวและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจนตามครบขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา** คือ คู่มือกระบวนการพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุ ผังวงจรของระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร 'SALE Model' จังหวัดชุมพร 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนจัดตั้งชมรม

ผู้สูงอายุในชุมชน 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ
4) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และ
5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิต
ผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
มีจำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเครือข่าย มี
ทั้งแบบให้เลือกตอบ และคำถามแบบเปิด ประยุกต์
จาก ศศินันท์ สายแวว และ วรพจน์ พรหมสัถย
พรต (2564) แบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 61 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของเครือข่าย
จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์
ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค การ
รับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ เป็น
มาตรวัด Likert scale 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่รับรู้
ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3
ระดับ คือ 1-1.66 = เล็กน้อย, 1.67-3.33 = ปาน
กลาง, 3.34-5.00 = ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ
การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย
การพัฒนาระบบบริการ การกระตุ้นหนุนเสริม การ
มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจการเติมเต็มส่วนขาด
การขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล เป็น
มาตรวัด Likert scale 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่มี
ส่วนร่วม ถึง 5 = มีส่วนร่วมมากที่สุด การแปลผล
ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-1.66 = เล็กน้อย,
1.67-3.33 = ปานกลาง, 3.34-5.00 = ระดับสูง

ส่วนที่ 4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
จำนวน 18 ข้อ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุของเครือข่าย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากการมีส่วนร่วมของ
เครือข่าย เป็นมาตรวัด Likert scale 5 ตัวเลือก
คือ 1 = เกิดการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ถึง 5 =
เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย
แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-1.66 = เปลี่ยนแปลง

เล็กน้อย, 1.67-3.33 = ระดับปานกลาง, 3.34-
5.00 = ระดับดี

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล จำนวน
44 ข้อ แบบสอบถามชุดนี้ผู้วิจัยประยุกต์ตาม
แนวทางการศึกษาด้านการพัฒนาระบบการดูแล
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่⁽¹⁰⁾
ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 8
ข้อ

ส่วนที่ 2 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงาน
จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินอาการป่วย
หรือภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ ได้รับการ
ฝึกอบรมหรือการแนะนำการดูแลผู้สูงอายุ การ
ประสานงานกับทีมเครือข่าย การร่วมวางแผน และ
การประสานงานและดำเนินงานขอความช่วยเหลือ
ร่วมกับทีมเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุและองค์กรภาคี
อื่นๆ ในพื้นที่

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ
จำนวน 29 ข้อ เกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนจาก
เครือข่าย การดูแลด้านการบริโภคอาหาร ด้านการ
ออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด
สิ่งแวดล้อมและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เป็น
มาตรวัด Likert scale 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่มีการ
ปฏิบัติ ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย
แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-1.66 = เล็กน้อย, 1.67-
3.33 = ปานกลาง, 3.34-5.00 = ระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
2 ส่วน จำนวน 38 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน
12 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส
อาชีพหรืองานเดิม การศึกษา แหล่งที่มาของรายได้
ความเพียงพอของรายรับรายจ่าย สิทธิในการ
รักษาพยาบาล ประเภทผู้ดูแลหรือผู้ที่อยู่ร่วมใน
ครอบครัว จำนวนพื้นที่ที่เหลืใช้ได้ และจำนวน
พื้นที่หลังคู้สับ การแบ่งช่วงวัยสำหรับผู้สูงอายุ คือ
ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-
79ปี) วัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุด้านกิจวัตรประจำวัน WHOQOL⁽¹¹⁻¹²⁾ คำถามมี 5 ระดับ คือ 1=ไม่ใช่/ทำไม่ได้ ถึง 5=ความรู้สึกพอใจ/ทำได้มากที่สุด เกณฑ์ระดับความพึงพอใจคุณภาพชีวิต ดังนี้ด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	7 -16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (Mental)	6 -14	15-22	23-30
ด้านสังคม (Social)	3 - 7	8 -11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	8 -18	19-29	30-40
Total	26 -60	61-95	96-130

ชุดที่ 4 แบบบันทึกการประเมิน 10 มาตรฐานตำบล Long Term Care : LTC⁽¹³⁾ คะแนนเต็ม 850 คะแนน การแปลผล คือ ระดับพื้นฐาน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50-59 คะแนน (425 - 509 คะแนน) ระดับดี ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60-69 คะแนน (510 - 594 คะแนน) ระดับดีมาก ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70-79 คะแนน (595 - 679 คะแนน) ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป (680 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถามกระบวนการบริหารจัดการงานบริการระบบบริการสาธารณสุข ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามข้อมูลระดับไม่ต่อเนื่อง พิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถามรายชื่อ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ รายชื่อมีค่า CVI เท่ากับ +1 ทุกประเด็น จึงนำมาพิจารณาเป็นข้อคำถามทั้งหมด คือ ข้อมูล

ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) กลุ่มผู้สูงอายุ

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในหน่วยบริการ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร นำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเชื่อมั่น ดังนี้ การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ alpha= 0.82, ภาวะสุขภาพทางกาย alpha= 0.86, ศักยภาพผู้ดูแล alpha= 0.89 และคุณภาพชีวิต alpha= 0.92

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

โดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired samples T-Test ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปเนื้อหา

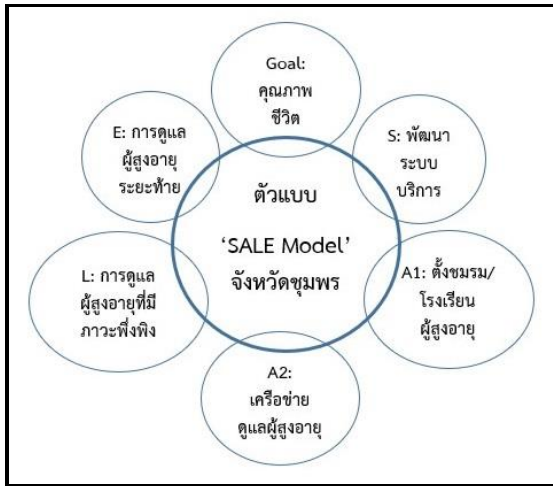
จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เลขที่โครงการ CHP-EC-038/2566 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร จังหวัดชุมพร เริ่มดำเนินการวงรอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และวงรอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ตัวแบบดูแลผู้สูงอายุปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นวงรอบที่ 3 ระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรตัวแบบจังหวัดชุมพร 'SALE Model' มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (S=screening) 2) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน (A1=aging health club) 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ (A2=aging health club) 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (L=long term care) 5) พัฒนาศักยภาพ

ผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ (E=end of life care) วิธีการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ผังวงจรตัวแบบจังหวัดชุมพร 'SALE Model'

2. เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.1 อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 44.4 (mean= 48.06±SD= 12.90, min= 25 : max= 71) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.2 จบปริญญาตรี ร้อยละ 45.6 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 35.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 – 29,999 บาท ร้อยละ 48.3 (mean= 19,239.83±SD= 15,145.21) ระยะเวลาเข้าร่วมเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.4 (mean= 8.35±SD= 7.28) ตำแหน่งในเครือข่ายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 60.5 หลังพัฒนาการรับรู้ในการสร้าง

เสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าก่อนดำเนินการ จาก 3.59±0.50 เป็น 3.75±0.62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) มากที่สุดคือมีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ จาก 3.99±0.52 เป็น 4.16±0.65 รองลงมาคือ มีการรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ จาก 3.83±0.61 เป็น 3.97±0.72 และมีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ จาก 2.94±0.88 เป็น 3.12±1.04 ตามลำดับ

หลังพัฒนามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.54±0.57 เป็น 3.64±0.66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) มากที่สุดคือการขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล จาก 3.56±0.56 เป็น 3.68±0.67 รองลงมาคือการพัฒนากระบวนการบริการ จาก 3.51±0.64 เป็น 3.63±0.76 และการกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จาก 3.55±0.67 เป็น 3.63±0.76 ตามลำดับ

หลังพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.57±0.58 เป็น 3.69±0.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) มากที่สุดคือเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางกายภาพ จาก 3.67±0.65 เป็น 3.77±0.72 รองลงมาคือด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้กับผู้สูงอายุ จาก 3.59±0.59 เป็น 3.72±0.69 และเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ จาก 3.55±0.65 เป็น 3.69±0.76 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้การมีส่วนร่วมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n= 408)

การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อน	หลัง	T	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.99±0.52	4.16±0.65	14.825	<0.001*
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	2.94±0.88	3.12±1.04	8.903	<0.001*
การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ	3.83±0.61	3.97±0.72	10.980	<0.001*
รวมทุกด้าน	3.59±0.50	3.75±0.62	14.412	<0.001*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้การมีส่วนร่วมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อน	หลัง	T	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ				
การพัฒนากระบวนการบริการ	3.51±0.64	3.63±0.76	8.443	<0.001*
การกระตุ้นหนุนเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต	3.55±0.67	3.63±0.76	7.092	<0.001*
การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจการเติมเต็มส่วนขาด	3.53±0.68	3.61±0.76	6.140	<0.001*
การขับเคลื่อนการดำเนินการและประเมินผล	3.56±0.56	3.68±0.67	8.047	<0.001*
รวมทุกด้าน	3.54±0.57	3.64±0.66	9.518	<0.001*
การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทางกายภาพ	3.67±0.65	3.77±0.72	6.353	<0.001*
เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	3.55±0.65	3.69±0.76	6.724	<0.001*
ด้านคุณค่าและประสบการณ์	3.46±0.67	3.56±0.75	6.244	<0.001*
ด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้กับผู้สูงอายุ	3.59±0.59	3.72±0.69	7.173	<0.001*
รวมทุกด้าน	3.57±0.58	3.69±0.68	8.137	<0.001*

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, โดยใช้ Paired Samples Test

3. ผู้ดูแลสูงอายุ ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 75.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.3 อายุ 41-59 ปี ร้อยละ 63.7 (mean= 53.92±SD= 13.95, min= 25 : max= 86) จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.1 มีอาชีพ ร้อยละ 89.2 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 60.8 รายได้ต่อเดือน 5,000 - 29,999 บาท ร้อยละ 88.2 (mean= 11,706.48±SD= 9,509.71) ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 2 คน ร้อยละ (mean= 4.31±SD= 6.50) 62.7 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ (mean= 6.62±SD=

5.04) ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.6 ตามลำดับ หลังพัฒนา มีการได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.48±0.61 เป็น 3.85±0.79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) มากที่สุดคือการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จาก 3.67±0.73 เป็น 4.20±0.96 รองลงมาคือการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม จาก 3.68±0.65 เป็น 4.16±0.86 และ การดูแลด้านการบริโภคอาหาร จาก 3.68±0.67 เป็น 4.07±0.84 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ศักยภาพด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (n=102)

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อน	หลัง	T	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
การได้รับสนับสนุนจากเครือข่าย	3.40±0.72	3.69±0.93	7.121	<0.001*
การดูแลด้านการบริโภคอาหาร	3.68±0.67	4.07±0.84	7.622	<0.001*
ดูแลด้านการออกกำลังกาย	3.35±0.77	3.60±0.97	6.077	<0.001*
ดูแลด้านการผ่อนคลายความเครียด	3.08±0.72	3.29±0.88	5.489	<0.001*
การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.68±0.65	4.16±0.86	10.074	<0.001*
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	3.67±0.73	4.20±0.96	9.299	<0.001*
รวมทุกด้าน	3.48±0.61	3.85±0.79	12.048	<0.001*

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, โดยใช้ Paired Samples Test

4. ผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.7 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 45.1 (mean±SD: 73.58±9.96, Min 60: Max 95) สถานภาพคู่ ร้อยละ 51.0 มีอาชีพทักษะเฉพาะ ร้อยละ 55.9 จบประถมศึกษา ร้อยละ 77.5 รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 55.9 มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 82.4 อยู่ร่วมกับบุตร หลาน ร้อยละ 57.8 มีพื้นที่ที่ใช้

เคี้ยวได้น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 52.9 และมีพื้นที่หลังใช้งานที่เหมาะสมน้อยกว่า 4 คู่สับ ร้อยละ 44.1

หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 44.1 มากที่สุดคือด้านสุขภาพกาย (Physical) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.7 รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.9 และด้านสังคม (Social) ระดับดี ร้อยละ 52.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้าน (n=102)

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต/ จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	13 (12.7)	24 (23.5)	65 (63.7)
ด้านจิตใจ (Mental)	25 (24.5)	34 (33.3)	43 (42.2)
ด้านสังคม (Social)	16 (15.7)	33 (32.4)	53 (52.0)
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	35 (34.3)	55 (53.9)	12 (11.8)
รวมทุกด้าน	20 (19.6)	45 (44.1)	37 (36.3)

การประเมิน 10 มาตรฐานตำบล Long Term Care จำนวน 10 มาตรฐาน⁽¹³⁾ พบว่า ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 ผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น ทั้ง 2 ปี โดยในปี พ.ศ.2566 มีอัตราผ่านเกณฑ์เพิ่มมากกว่าปี พ.ศ.2565 จากร้อยละ 99.11 เป็น 99.35 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เกณฑ์ 10 มาตรฐานตำบล Long Term Care จังหวัดชุมพร ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566

มาตรฐาน	คะแนนเต็ม	ปี 2565	ปี 2566
		ผลงาน	ผลงาน
1. การพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	100	ผ่าน 74 แห่ง 94.87 %	ผ่าน 74 แห่ง 94.87 %
2. ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	100	ผ่าน 70 ตำบล 100 %	ผ่าน 70 ตำบล 100 %
3. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	100	ผ่าน 70 ตำบล 100 %	ผ่าน 70 ตำบล 100 %
4. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้จัดการและผู้ดูแล	100	ผ่าน 111 แห่ง 100 %	ผ่าน 111 แห่ง 100 %
5. การดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของ อปท.	50	ผ่าน 78 แห่ง 100 %	ผ่าน 78 แห่ง 100 %
6. การบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและที่บ้าน	70	ผ่าน 111 แห่ง 100 %	ผ่าน 111 แห่ง 100 %
7. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	30	ผ่าน 78 แห่ง 100 %	ผ่าน 78 แห่ง 100 %
8. บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล	100	ผ่าน 70 ตำบล 100 %	ผ่าน 70 ตำบล 100 %
9. วัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ	100	ผ่าน 238 วัด 97.54 %	ผ่าน 243 วัด 99.59 %
10. ผลลัพธ์การดำเนินงาน	100	ผ่าน 100%	ผ่าน 100%
รวม	850	842.41	844.46
ร้อยละ		99.11	99.35

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร จังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นวงจรรอบที่ 3 ระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรตัวแบบจังหวัดชุมพร ‘SALE Model’ (S=screening, A=aging health club, L=long term care by DHS, E=end of life care) มีกระบวนการ 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (S=screening) 2) การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน (A1=aging health club) 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ (A2=aging health club) 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (L=long term care) 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ (E=end of life care) ทั้งนี้เนื่องจาก ความเป็นผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน เป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรมถดถอยมากมาย ทั้งร่างกายและจิตใจ อาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลและรักษา โดยจังหวัดชุมพรได้ประยุกต์วิธีการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽¹⁴⁾ จึงทำให้ผลการศึกษาเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ พบว่า ทูทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ต้นทุนด้านครอบครัวมีทั้งผู้ดูแลหลักตามบริบทครอบครัว 2) อสม. มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในการเยี่ยมบ้าน การวางแผนดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร 3) ชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 4) องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณ และบุคลากรในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ 5) ผู้นำชุมชน ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ และ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ อบรม อสม. ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน⁽¹⁵⁾

2. การพัฒนาเครือข่าย หลังพัฒนามีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตรา วิชา และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษา รูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง พบว่ารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติ ผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี 4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณจากเทศบาล และ 5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

3. การพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก หน้าที่ของผู้ดูแลคือทำให้ผู้สูงอายุ เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา อาจสันเทียะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง⁽¹⁷⁾ ผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 เป็นผู้ที่มีการประกอบการณ์สูง อีกทั้งด้านการแพทย์และยารักษาโรคเจริญและพัฒนา ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีอายุยืนยาว

4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังพัฒนาทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมระดับปานกลาง ผลการประเมินมาตรฐานตำบล Long Term Care พบว่าระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 ผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น ทุกมาตรฐาน ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรตัวแบบจังหวัดชุมพร ‘SALE Model’ ระยะ 3 ปี มีความเหมาะสมสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม จึงผ่านการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทุกมาตรฐาน ส่งผลให้

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุนั้นประกอบไปด้วย 1) การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดี 2) การทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม โดยพึ่งตนเองให้มากที่สุด 3) การมีความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช⁽¹⁸⁾ การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ 2) ทบทวนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 3) กำหนดนโยบายจ้างงานผู้สูงอายุและการขยายอายุเกษียณ 4) พัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม 5) เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ 6) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว 7) การจัดบริการรถรับส่ง และในขณะเดียวกันกำลังมีการดำเนินโครงการเพื่อบูรณาการการดูแลสุขภาพและการดูแลระยะยาวบางพื้นที่ของประเทศไทยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโครงการควบคู่ไปกับการศึกษาจากประสบการณ์การดูแลระยะยาวในต่างประเทศ ใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย⁽¹⁹⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ตัวแบบจังหวัดชุมพร ‘SALE Model’ ใน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ 4) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ ครึ่งนี้ ควรส่งเสริมบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ชุมชน เข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการจัดการระบบที่ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
2. ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนร่วมในสังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างต่อเนื่องทุกปี
3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. 2023. [Cited June 2, 2023]. Form <https://www.who.int/thailand>
2. กุสวดี เมื่อนันทน์, ชะอรสิน สุขศรีวงศ์, ศนิดา หิรัญรัมย์, ดวงรัตน์ โพธิ์. ระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. JHCR 2023; 17(1): 149-162.
3. กองแผนงาน กรมอนามัย. โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2566. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2566]. จาก <https://doc.anamai.moph.go.th>
4. จันจิรา อินทจิตร, ฉัตรสมุน พงษ์พิทยโณ. การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีศึกษาผู้จัดการระบบและผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งของประเทศไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(2): 383-392.
5. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, มาริสา สุวรรณราช, ภาวดี เหมทานนท์, พรฤดี นิธิรัตน์, ประกาย เพชรบุญ, กฤษณกมล รักญาติสกุล. The Management of Elderly Care System in Community: The Challenging Roles of Local Administrative Organization. Journal of Nursing and Health Sciences. 2020; 14(3): 10-21.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. “SALE Model” ต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ กับการจัดการเชิงพื้นที่ของ จ.ชุมพร มี “ชุมชน” เป็นศูนย์กลางความเข้มแข็ง. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2566]. จาก <https://www.thecoverage.info>
7. Wayne WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons, 1995.
8. ศิราณี ศรีหามาต, ธารา รัตนอำนวยศิริ, นวลละออง ทองโคตร. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(1): 165-178.
9. สายทิพย์ เป็นคุณ, พระมหาวิโรจน์ คุตตวิโร, สัจด์ เขียนจันทิก, พระเมธาวิณัยรส, สายัณห์ อินนันใจ. นวัตกรรมเชิงชุมชน สำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและวัดเป็นฐานในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565; 7(9): 374-384.
10. ศศินันท์ สายแวว, วรพจน์ พรหมสัถยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(04): 197-197.
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.
12. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University, 2014. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]. จาก <https://www.hitap.net>
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์, 2566. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2566]. จาก <http://healthkpi.moph.go.th>
14. Kemmis S, McTaggar M, Eds. The Action Research planner. Victoria, Australia: Deakin University, 1988.
15. รัชยานภิศ รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมชยวัช. ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(2): 100-113.
16. สุมิตรา วิชา, ณัฏพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภักทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, ธณกฤษ หมื่นก้อนแก้ว. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้อยท่า อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. HCU Journal 2018; 22(43-44): 70-85.
17. จินตนา อาจสันเทียะ, รัชณีย์ ป้อมทอง. แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(1): 39-46.
18. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช. สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ 2562; 11(2): 118-132.
19. Feng Z, Glinskaya E, Chen H, et al. Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects. The Lancet. 2020; 396(10259): 1362-1372.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
(Transtheoretical Model: TTM) เทศบาลตำบลเสลภูมิ
อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of Diabetic Care System in community by Transtheoretical Model
(TTM), Selaphum Subdistrict Municipality, Selaphum District, Roi Et Province

(Received: August 9,2023 ; Revised: September 3,2023 ; Accepted: September 5,2023)

กาญจน์วชิ จตุเทิน¹

KARNWAJEE JATUTEN¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา/บริบทผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเสลภูมิที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานและแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและผู้ดูแลและบุคลากรสหวิชาชีพ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความแตกต่างของขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วยในแต่ละราย ผลลัพธ์การพัฒนาพบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานหลังการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการใช้โมเดลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.34$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $t=25.37$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ความพึงพอใจต่อแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ส่วนความพึงพอใจของสหวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถนำโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model: TTM ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) อื่นๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model: TTM)

ABSTRACT

This research and development aimed to develop a model for diabetic care in the community by using a behavior modification model with the Transtheoretical Model (TTM). This research consisted of 30 people selected by purposive sampling.

The research instruments to develop a model for diabetes care in the community are the behavior modification model (Transtheoretical Model: TTM), quantitative data was collected by questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics and Paired samples t-test

The results of the study showed that after the development of a diabetic care system in the community by using the Transtheoretical Model (TTM), the model of caring for diabetic patients was organized by activities to promote behavior change. according to the differences in the behavioral stages of each patient. The development results showed that the knowledge of diabetes and diabetes control

¹ 1พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

behavior of diabetic patients after using the behavior modification model was significantly higher than before using the model ($t = 6.34$, $p\text{-value} < 0.001$ and $t = 25.37$, $p\text{-value} < 0.001$, respectively). The caregiver's satisfaction with the diabetes care plan in the community was high but the staff's satisfaction was moderate level. Transtheoretical Model: TTM can be applied to other non-communicable disease (NCD) patients in order to achieve better self-care behavior change.

Keywords: The Development of Diabetic Care System, Transtheoretical Model (TTM)

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของทั่วโลก ความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องและคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 629 ล้านคน ซึ่งสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน¹ จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเพิ่มตามอายุประชากร ซึ่งจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน และค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ในปี 2565² ซึ่งหากไม่มีการป้องกันควบคุมผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลสูงเรื้อรังเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดอันตรายต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น การเสื่อมของระบบประสาทและจอประสาทตา การทำให้เกิดความพิการจากแผลที่เท้า โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัวและประเทศด้านงบประมาณการดูแลสุขภาพ

เป้าหมายการรักษาโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานควรตระหนักซึ่งน้ำตาลสะสมควรน้อยกว่าร้อยละ 7 การรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดย้อยละ 0.4-2 ภายในระยะเวลา 12 – 24 สัปดาห์³ และการ

ควบคุมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจะสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ร้อยละ 1-2 ภายใน 12 – 24 สัปดาห์⁴ ผู้ป่วยเบาหวานเองมีบทบาทสำคัญในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้อง รู้สาเหตุและผลของการปฏิบัติมีแนวคิดและจุดมุ่งหมายของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ก็จะสามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้³

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากแนวคิด Transtheoretical Model (TTM) เป็นแนวคิดทฤษฎีที่ได้บูรณาการมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาหลายทฤษฎี มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นของพฤติกรรมที่ประกอบไปด้วยการประเมินขั้นของพฤติกรรม และการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความแตกต่างของขั้นของพฤติกรรมของผู้ป่วย ในแต่ละรายเป็นโมเดลที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะความพร้อมของบุคคล ระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) เป็นการอธิบายให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านทัศนคติ (attitude) และความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมแสดงออกดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามช่วงของความความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ซึ่งในแต่ละช่วงจะแตกต่างกัน โปรแกรมที่จัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับ

พฤติกรรมของตนเองให้ลงมือปฏิบัติตามแนวคิดทฤษฎี Transtheoretical Model (TTM) เป็นทฤษฎีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน⁵ โดยทฤษฎีให้ความสำคัญกับความพร้อมของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม กระตุ้นให้เกิดความสมดุลในการตัดสินใจ (Decision balance) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ากิจกรรมจะเริ่มจากการให้ความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้แรงจูงใจร่วมกับการฝึกทักษะและการดูแลตนเองเพื่อให้พร้อมที่จะเริ่มต้น ลงมือปฏิบัติ การบันทึกเพื่อให้เกิดการรับรู้การปฏิบัติและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การให้คำปรึกษาและกำลังใจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมนั้นไว้

จากรายงานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลเสลภูมิ ในปี 2563 – 2565 พบว่าสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน มีจำนวน 6,4517 ราย ,7,099 ราย และ 7,229 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยที่มีอัตราการควบคุมโรคเบาหวานที่คุมน้ำตาลได้ดีปี 2563 – 2565 ร้อยละ 22.90 , 24.21 และ 29.25 ตามลำดับ⁶ ทั้งนี้ในปี พ.ศ 2566 คาดว่าจะมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาและรับบริการในคลินิกเบาหวานเพิ่มขึ้น จากสถิติยอดการคัดกรองผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆทุกปี ซึ่งจะต้องมีการตรวจคัดกรองประเมินซ้ำและเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ซึ่งยังคงมีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้และยังมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนได้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเป็นเป้าหมายสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากข้อมูลผู้ป่วย

เบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลา 3 ปีติดต่อกันแสดงให้เห็นว่าการควบคุมโรคยังไม่ประสบความสำเร็จส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการประเมินปัญหาด้านสุขภาพ การให้ความรู้ คำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Transtheoretical Model (TTM) มาใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา/บริบทผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model (TTM)
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model (TTM)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการวิจัยและพัฒนา (research and development) เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) เทศบาลตำบลเสลภูมิอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเสลภูมิที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) มีกิจกรรมดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

1.1 ศึกษาและวิเคราะห์สภาพเดิมจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลเสลภูมิ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน การตรวจเลือด การมาตามนัด สังเกตและสัมภาษณ์ผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

1.2 ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM)

1.3 สร้างแผนการดูแลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยมีการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างสหวิชาชีพ สรุปเป็นแบบแผนในการดูแลผู้ป่วย กำหนดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ระบุกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพ กำหนดระยะเวลาในการทำกิจกรรมในแต่ละวิชาชีพ มุ่งพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้

2.1 ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง และประกาศใช้แนวทางในการดูแลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนในคณะกรรมการพัฒนาระบบการบริการของโรงพยาบาล ที่มีแผนการดูแลของสหวิชาชีพและพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังเป็นผู้ประสาน

2.2 นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 คน

2.3 การประเมินผลลัพธ์ ประเมินความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(Transtheoretical Model: TTM) เทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมสภาพปัญหาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย

1. การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลเสลภูมิ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน การตรวจเลือด การมาตามนัด

2. สังเกตการณ์การให้คำแนะนำของทีมสหวิชาชีพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาตามนัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเสลภูมิ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM)

1. การวิเคราะห์ปัญหา สภาพผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. การวางแนวทางในการแก้ไขปัญหา และการเลือกใช้ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนา กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา

3. การพัฒนารูปแบบและการนำรูปแบบไปใช้โดยใช้แนวคิดโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) โดยมีขั้นตอนจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

1. เก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยการสัมภาษณ์และการประเมินสุขภาพก่อนการทดลอง ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ประเมินขั้นตอนของการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับใด ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับระยะสังเกตร (Contemplation) ให้ข้อมูลเรื่องสุขภาพและผลเสียที่ผ่านมาเพื่อสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ตื่นตัววางแผนในการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม และเจาะน้ำตาลสะสมและนัดหมายเข้าร่วมโครงการ

2. จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการที่ศาลาประชาคมหมู่บ้านหรือหอประชุมในหมู่บ้าน ให้ความรู้และฝึกทักษะ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยและนักโภชนาการเป็นผู้ให้ความรู้ ใช้ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง เรื่องความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การวินิจฉัยของแพทย์ การรักษา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพักผ่อน โดยครั้งนี้ประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทุกคนต้องอยู่ในระยะตัดสินใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (Determination, Preparation) และตั้งเป้าหมายเพื่อเกิดแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติระยะลงมือปฏิบัติ (Action)

3. สัปดาห์ที่ 2 – 4 กลุ่มทดลองดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4

ประเมินสุขภาพการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับใดและเจาะน้ำตาลสะสม ประเมินพฤติกรรมบริโภค การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยาและอื่นๆ และหาแนวทางแก้ไขพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถปรับได้ เสริมแรงให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะคงสภาพ (Maintenance)

สัปดาห์ที่ 5 – 8 กลุ่มทดลองดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8

ประเมินสุขภาพการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับใดและเจาะ

น้ำตาลสะสม ประเมินพฤติกรรมบริโภค การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยาและอื่นๆ และหาแนวทางแก้ไขพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถปรับได้ เสริมแรงให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะคงสภาพ (Maintenance) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานและให้กำลังใจกันและกัน และกำลังใจจากบุคลากรผู้ดูแล

*** สัปดาห์ที่ 9 – 12 กลุ่มทดลองดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด ***

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12

ประเมินสุขภาพการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับใดและเจาะน้ำตาลสะสม ประเมินพฤติกรรมบริโภค การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยาและอื่นๆ และหาแนวทางแก้ไขพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถปรับได้ เสริมแรงให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะคงสภาพ (Maintenance) ให้กำลังใจกันและกันผ่านกระบวนการกลุ่มและกำลังใจจากบุคลากรผู้ดูแล และเจาะน้ำตาลสะสมประเมินหลังจากครบระยะเวลาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ไปใช้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ($IOC > 0.5$, $KR-20 = 0.76$), แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ($IOC > 0.5$, Cronbach's Coefficient Alpha = 0.81) และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคลากรสหวิชาชีพ ($IOC > 0.5$, Cronbach's Coefficient Alpha = 0.80)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปของตาราง แจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานที่ใช้ในการวิเคราะห์ ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ประเมินโดยเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE0062566 เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.87 ปี (S.D. = 10.12) สถานภาพสมรส จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.0) มีสถานะในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 13 คน และคู่สมรส จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,001 -5,000 บาท จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) มีโรคประจำตัว ได้แก่

โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.0) โรคไต จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.3) โรคหัวใจ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.0) โรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.7) และอื่นๆ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.3) ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 11.10 ปี (S.D. = 6.72) ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.0) ไม่เคยดื่มสุรา จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) ส่วนใหญ่ BMI อยู่ในระดับโรคอ้วน ระดับที่ 1 จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) ระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ก่อนเข้าร่วมโครงการ เฉลี่ย 167.77 mg/dl (S.D. = 40.58) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(Ha1c) ก่อนเข้าร่วมโครงการ เฉลี่ยเท่ากับ 8.13 mg/dl (S.D. = 0.39) และหลังเข้าร่วมโครงการ เฉลี่ยเท่ากับ 7.47 mg/dl (S.D. = 0.43) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จากผล

การศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนการใช้โมเดล TTM ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.13 คะแนน (S.D. = 3.48) อยู่ในระดับปานกลาง และความรู้เรื่องโรคเบาหวานหลังการใช้โมเดล TTM ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.87 คะแนน (S.D. = 1.92) อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานก่อน และหลังการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model: TTM พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.34$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model: TTM

คะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการใช้โมเดล TTM	14.13	3.48	ระดับปานกลาง	6.34	<0.001
หลังการใช้โมเดล TTM	16.87	1.92	ระดับสูง		

3. พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า ภาพรวม

พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม Transtheoretical Model: TTM ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.09 คะแนน (S.D. = 0.13) อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model: TTM ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 คะแนน (S.D. = 0.11) อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า หลังการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานดีกว่าก่อนการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($t=25.37$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและสหวิชาชีพต่อแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 คะแนน (S.D. = 0.42) อยู่ในระดับสูง และความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.16 คะแนน (S.D. = 0.27) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model: TTM

พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน	ก่อนการใช้โมเดล			หลังการใช้โมเดล			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
ด้านการรับประทานอาหาร	1.18	0.26	ต่ำ	2.22	0.33	ปานกลาง	9.09	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	1.77	0.28	ต่ำ	2.45	0.56	สูง	7.96	<0.001
ด้านการรับประทานยาและการรับการตรวจตามนัด	2.09	0.29	ต่ำ	2.71	0.24	สูง	14.80	<0.001
ด้านการรับประทานยาและการรับการตรวจตามนัด	1.98	0.28	ต่ำ	2.78	0.21	สูง	18.63	<0.001
ด้านการพักผ่อน	2.53	0.31	สูง	2.86	0.13	สูง	7.15	<0.001
ภาพรวมพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน	2.09	0.13	ปานกลาง	2.66	0.11	สูง	25.37	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model: TTM ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.34$, $p\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมาจากการใช้ทฤษฎี Transtheoretical Model: TTM แสดงให้เห็นว่ากระบวนการสร้างองค์ความรู้ในการดูแล

ตนเองให้ผู้ป่วยเบาหวานผ่านกิจกรรมที่ได้พัฒนาขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้มีความเข้าใจ เข้าถึง องค์ความรู้ที่จะนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งกลวิธีที่นำมาพัฒนาความสามารถและทักษะของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองนี้ มาจากการให้ความรู้และฝึกทักษะโดยใช้การสื่อสารที่เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนรู้ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองกับผู้ป่วยคนอื่นๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Kolb David⁷ กล่าวว่า โดยผู้เรียนได้รับประสบการณ์ เกิด

การไตร่ตรองและฝึกฝนจนเกิดผลสำเร็จ อีกทั้งการมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องใด ๆ (Perception and knowledge) มีส่วนสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลทางทันตสุขภาพ มีความสามารถในการกลั่นกรองข้อมูล เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปสู่จัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ศรีพิบูลย์บัติ และคณะ⁸ ได้กล่าวถึงผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานโดยพัฒนาโปรแกรมใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical model (TTM) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการทบทวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความตระหนักในการดูแลสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล การจัดการความเครียดอารมณ์ ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของชานนท์ เชาว์ดำรงสกุล⁹ ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบส่งเสริมตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสีดา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลแบบปกติ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมและมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

และจากผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานดีกว่าก่อนการใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(t=

25.37, p-value <0.001) สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมาจากการใช้ทฤษฎี Transtheoretical Model: TTM โดยมีการกระบวนกรสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเบาหวาน การสร้างแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติระยะลงมือปฏิบัติ (Action) และการให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในระยะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะคงสภาพ (Maintenance) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ศรีพิบูลย์บัติ และคณะ⁸ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical model (TTM) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะในการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical model (TTM) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับพฤติกรรมตามแนวคิด Transtheoretical model (TTM) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้ระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาภรณ์ สิงห์ทอง, เด่นดวงดี ศรีสุระ และจำลอง วงษ์ประเสริฐ¹⁰ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่าความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุมหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิติกุล บุญแก้ว, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์¹¹ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมควบคุม

น้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมระดับปานกลาง มีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการใช้อาหารเบาหวานระดับสูง ด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษา ภาพรวมคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 คะแนน (S.D. = 0.42) อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความพึงพอใจที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การจัดลำดับขั้นตอนการดูแลให้ความรู้เรื่องโรคของเจ้าหน้าที่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 คะแนน (S.D. = 0.40) อยู่ในระดับสูง และพบว่า ความพึงพอใจที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความรู้และทักษะด้านของทีมงานเจ้าหน้าที่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 คะแนน (S.D. = 0.66) อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเอื้อต่อการเรียนรู้และการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้สามารถเรียนรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับโรคได้ด้วยตนเองโดยเบื้องต้น เป็นการให้ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน ที่เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคและอันตราย ตลอดจนการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค มีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อทราบความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลพร้อมทั้งซักถามถึงการปฏิบัติตามของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือไม่ปฏิบัติ ก็จะมีการพูดคุยถึงข้อจำกัดและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจจนเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นการใส่ใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และมีการติดตามความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล ส่งผลต่อการเสริมพลังให้กำลังใจ และความพึงพอใจในการจัดบริการตามมาตรฐานสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภัตสร เดิมขุนทด และคณะ¹² ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม DSMEs และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ภายหลังการติดตามเป็นเวลา 12 เดือน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจ (satisfaction) เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม แต่กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากโปรแกรมที่ให้บริการกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความพึงพอใจในบริการมากขึ้น และพบว่า ภาพรวมคะแนนความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.16 คะแนน (S.D. = 0.27) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความพึงพอใจที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความรู้และทักษะด้านของทีมงานเจ้าหน้าที่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 คะแนน (S.D. = 0.51) อยู่ในระดับสูง และพบว่า ความพึงพอใจที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สถานที่เหมาะสมในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.80 คะแนน (S.D. = 0.42) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเกิดจากการที่ทีมสหวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกัน ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม แต่ก็ยังพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยคือบุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก มีภาระงานมาก และอยู่ในช่วงรอยต่อการถ่ายโอนรพ.สต.ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้ยังไม่มีมติชัดเจนในการส่งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สุกุลพรรณ และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา¹³ ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทุกคนมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมในระดับมาก มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ และส่วนใหญ่มี



ความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) ควรมีการส่งเสริมการเข้าถึงองค์ความรู้ การสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีต่อไป

2) ควรมีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนแบบองค์รวม ประสานความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดี

3) ควรนำโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Transtheoretical Model: TTM ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) อื่นๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เพื่อติดตามความยั่งยืนคงทนของพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และติดตามพฤติกรรมการควบคุม

โรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน และผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว

2) ควรนำระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ไปศึกษาในหน่วยปฐมภูมิอื่น ๆ โดยปรับเปลี่ยนเนื้อหา รูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน และผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสลภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชนทุกท่าน ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยและความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation[IDF]. International Diabetes Federation Annual Report 2017; 2017. [cited December 1 2022]. Available from: <https://www.idf.org/our-activities/advocacy-awareness/resources-and-tools/149-idf-annual-report-2017.html>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค ผนึกกำลังเบาหวานโลก ปี 2564ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง [อินเทอร์เน็ต]. 2564[สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน2560. ปทุมธานี:บริษัทร่มเย็นมีเดียจำกัด, 2560.
4. หทัยพร ชุ่มมณีกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคและการออกกำลังกายแบบโยคะเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2556;36(2):60-76.
5. Prochaska J.O., Diclemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992;(9):1102-14.
6. โรงพยาบาลเสลภูมิ. สรุปผลงานคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเสลภูมิปีงบประมาณ 2565. เสลภูมิ: โรงพยาบาล; 2565.
7. Kolb, D.A. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
8. จิราพร ศรีพิบูลย์บัตติ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อค่าระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 2563;13(2):47-78.

9. ชานนท์ เชาว์ดำรงสกุล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสีดา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 2563;14(35):314-329.
10. วิภาภรณ์ สิงห์ทอง, เด่นดวงดี ศรีสุระ และจำลอง วงษ์ประเสริฐ. ประสิทธิภาพของการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2562;8(2):55-67.
11. นิติกุล บุญแก้ว, นาริรัตน์ จิตรมนตรี และวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร, 2558;42(ฉบับพิเศษ):84-94.
12. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ขวณตันติกมล, พิชญ์ พหลภคัย และสว่างจิต สุรอมรกุล. ผลของการติดตามสุขภาพทางไกล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2564;65(ฉบับเพิ่มเติม):76-89
13. กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ และดาราวรรณตะปินตา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. พยาบาลสาร, 2563;47(2):297-309.



การพัฒนาแบบการให้ความรู้ของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาร

Development of Nursing Practice Guideline to Educate Cataract Surgery Patients on Self-care Practice, Praarjanphan Arjaro Hospital

(Received: September 17,2023 ; Revised: September 23,2023 ; Accepted: September 24,2023)

สุมาลี ชุ่มชื่น¹

Sumalinee Chumcheun¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก และเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างง่าย ๆ เป็นผู้ป่วยต้อกระจกจำนวน 20 คน ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2565 ในหอผู้ป่วยต้อกระจกตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาร เครื่องมือที่ใช้ในทดลองคือรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พัฒนาจากแนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิง (Deming Cycle) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก วิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติเชิงอนุมานที่ใช้เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วย สถิติ paired sample t- test

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก เป็นคู่มือประกอบด้วยความรู้โรคต้อกระจก การเตรียมตัวผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก สื่อวีดิทัศน์ การเช็ดตา หยอดตา การสอนสาธิตการเช็ดตาหยอดตา แผ่นพับการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก กำหนดเวลาการให้ความรู้และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้การให้ความรู้มีประสิทธิภาพ สื่อสารการใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้นโดยใช้เทคโนโลยีและสนับสนุนอุปกรณ์การเช็ดตา ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกต่อการพัฒนาแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกก่อนและหลังพัฒนารูปแบบพบว่าคุณภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) (ค่า $t = 62.56$, 95% CI = 11.16 - 11.93)

คำสำคัญ: รูปแบบการให้ความรู้,การผ่าตัดต้อกระจก,วงจรเดมมิง

Abstract

This research and development work aimed to develop a guide for patient education and before and after comparison knowledge scores due to Practice guideline in the department of cataract surgery at Praarjanphan Arjaro Hospital, Sakon Nakhon Province, related to personal practice knowledge The study was conducted between July and August 2022 The samples were 20 patients undergoing cataract surgery and 8 nurses from the cataract surgery department recruited by conventional sampling from the surrounding area The instruments consisted of a personal practice knowledge training guide for cataract surgery patients developed based on Deming's quality cycle and a knowledge assessment form for cataract surgery patients. nurse satisfaction questionnaire patient satisfaction questionnaire Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation). Pre- and post-intervention knowledge scores were compared using paired t-tests.

¹ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาร อำเภอรณานิคม จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย

*Corresponding author E-mail:sumalinee_18@hotmail.co.th

The practical training guide developed consisted of the following content: Basic cataract knowledge, patient preparation for cataract surgery, video lessons, eye wiping practice, eye dropping practice, eye wiping and dropping demonstration, and a personal practice fact sheet for cataract surgery. The personal practice knowledge was significantly improved after participation in the health education program at the statistically significant level of .05 ($p < 0.001$) ($t = 62.56$, 95% CI = 11.16 - 11.93).

Keywords: Guideline, Education, Cataract surgery, Deming cycle

บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นปัญหาทางตาที่พบในผู้สูงอายุร้อยละ 80⁽¹⁾ สาเหตุเกิดจากความเสื่อมสภาพของเลนส์แก้วตา พบว่าสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นโอกาสที่จะเป็นโรคต้อกระจกก็สูงขึ้น⁽²⁾ ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายของโรคต้อกระจกคือต้อหิน หากต้อกระจกที่มีความหนามากขึ้นหรือมีอาการสุกมากขึ้นจะทำให้มีภาวะความดันลูกตาสูง และปวดตาร่วมด้วย ถ้าหาก ความดันลูกตาสูงอยู่นานจะทำให้ประสาทตาเสื่อม และสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ปัจจุบันพบโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุทั่วโลกมีปริมาณเพิ่มขึ้น 5-10 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ⁽²⁾ ประเมินการณ์ว่า ปี พ.ศ.2563 จะมีผู้สูงอายุที่ตาบอดจากโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้น 54 ล้านคน⁽³⁾ และผลการสำรวจประชากรในสหรัฐอเมริกาโดยองค์การอนามัยโลกจำนวน 18 ล้านคนพบโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุร้อยละ 48 โดยมีอายุ 52-64 ปี ร้อยละ 42 อายุ 65-74 ปี ร้อยละ 60 และอายุ 75-85 ปี ร้อยละ 91⁽⁴⁾ และปี พ.ศ. 2549-2560 ประเทศไทย คณะกรรมการป้องกันตาบอด และควบคุมสายตาพิการแห่งชาติ ทำการสำรวจภาวะตาบอด พบโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข มีอัตราคนตาบอดร้อยละ 94.34 ของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยมีสาเหตุอันดับหนึ่งคือ โรคต้อกระจก อันดับสอง คือ โรคต้อหิน คิดเป็นร้อยละ 4.56⁽⁵⁾ และมีโรคต้อกระจกทำให้ตาบอดทั้งสองข้าง ร้อยละ 74.65⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่าภาวะตาบอดนับเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ประชากรต้องประสบกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเป็นภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยและสังคม⁽⁵⁾

การผ่าตัดต้อกระจกถือเป็นการรักษาต้อกระจกที่มีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัยปลอดภัยร้อยละ 90 การพยากรณ์โรคหลังการรักษา สายตาจะกลับมาจนใกล้เคียงปกติหรือเป็นปกติได้ในระดับสายตา 20/20⁽⁸⁾ ซึ่งจะนำต้อกระจกที่ขุ่นออก และใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ทันทีหลังการผ่าตัด⁽⁷⁾ และในสหราชอาณาจักรอังกฤษในปี ค.ศ. 1997-1998 พบผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดอายุเฉลี่ยสูงสุด คือ 85 ปี อายุที่มากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ซึ่งจะส่งผลให้การพยากรณ์สภาพสายตาหลังการรักษาอยู่ในระดับไม่เกิน 20/40⁽⁹⁾ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ความดันลูกตาสูง เลือดออกด้านหลังลูกตา เยื่อหุ้มเลนส์แตก เส้นใยเลนส์ขาด น้ำวุ้นตารั่วทะลัก จอประสาทตาลอกหลุด แก้วตาเทียมเคลื่อน ใส่เลนส์แก้วตาเทียมไม่ได้⁽¹⁰⁾ สายตาเอียงที่ระดับ 0.00-1.50D แก้ไขโดยการใส่แว่นตา พบร้อยละ 5 ซึ่งอาจส่งผลทำให้สายตาเลเวลกว่าเดิมหรือตาบอดถาวร⁽¹¹⁾ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต้อกระจกพบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมของผู้ป่วย⁽¹²⁾ ซึ่งสามารถป้องกันได้ หากผู้ป่วยดูแลตัวเองภายหลังการผ่าตัดอย่างถูกต้อง⁽¹³⁾

จากสถิติผู้ป่วยต้อกระจกปีงบประมาณ 2562 หอผู้ป่วยเด็ก-ตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอมะนัง จ.จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงพบว่าโรคต้อกระจกเป็นโรค 1 ใน 5 ของผู้ที่มารับบริการ มีผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมจำนวน 1,591 คน พบผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่

ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 22.02 ในประเด็นเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายดังนี้ไม่ถอดเครื่องประดับ 96 คน ร้อยละ 13.76 ไม่ล้างหน้าก่อนผ่าตัดจำนวน 54 คน ร้อยละ 3.39 คลุมโปงไม่ได้ขณะผ่าตัดจำนวน 19 คน ร้อยละ 1.19 ครอบด้วยที่ครอบตาไม่สวมแว่นตากัน จำนวน 18 คน ร้อยละ 1.13 ปิดตาด้วยผ้าก๊อซ และที่ครอบตาจำนวน 17 คน ร้อยละ 1.06 สวมแว่นตาอ่านหนังสือแบบใสโดยไม่สวมแว่นตากันแต่จำนวน 12 คน ร้อยละ 0.75 ซ้อมครีมบำรุงทาหน้าและเข้ากลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันจำนวน 5 คน ร้อยละ 0.31 ⁽¹⁴⁾

จากการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการให้ความรู้ผู้ป่วยต่อกระจกที่มีความแตกต่างกัน และยังไม่มียุทธศาสตร์การให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่ชัดเจน อีกทั้งมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกยังไม่นำไปสู่การปฏิบัติจริงซึ่ง การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องในการให้ความรู้และกระตุ้นให้บุคลากรถือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกรวมทั้งบันทึกไว้เป็นหลักฐานเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการประเมิน และเลือกใช้วิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสม มีการประเมินผลการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก รวมทั้งมีรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เช็ดตา หยอดตา ถูกวิธี และ ยัง ช่วย ป้อง กัน การ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ⁽¹⁵⁾ กล่าวว่าการให้ข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยมีความตึงเครียดหรือเหน็ดเหนื่อยจะทำให้ผู้ป่วยจดจำข้อมูลได้น้อย มีข้อจำกัดด้านการรับรู้ โดยเฉพาะสิ่งใหม่ ๆ ผู้ป่วยต้องการระยะเวลาในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีความจำระยะสั้น ⁽¹⁶⁾ และงานวิจัยเกี่ยวกับความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยะรอผ่าตัด พบว่ามีความเครียดด้านจิตใจกลัวตาบอด และภายหลังการผ่าตัดต่อกระจก

ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้แต่ไม่กล้าปฏิบัติตัวเนื่องจากกลัวการผ่าตัดจะไม่ได้ผลดี ⁽¹⁷⁾ รวมทั้งการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับสื่อ พบว่า สื่อที่ใช้ต้องเหมาะสมกับผู้รับสื่อ เนื่องจากผู้ป่วยโรคต่อกระจกจะมีการมองเห็นที่ลดลงและยังมีข้อจำกัดด้านการรับรู้ด้วย และจากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นวิธีทัศนมิติทั้งภาพ และเสียงจะเหมาะสม ⁽¹⁸⁾ ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพของการให้ความรู้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระจกเกิดผลลัพธ์ที่ดีโดยการใช้สื่อวิธีทัศนมิติจะช่วยทำให้เข้าใจในเรื่องปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติเกิดการเรียนรู้ที่รวดเร็ว จดจำง่าย สะดวก ประหยัดเวลาทำให้พยาบาลผู้ดูแลทำงานได้คล่องตัว สามารถบริหารเวลา และดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ⁽¹⁹⁾

จากการระบุปัญหาดังกล่าว การให้ความรู้ของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลทำให้ตาบอด จากรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่พัฒนาขึ้น ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นบุคลากรฝ่ายบริหารตระหนักถึงปัญหาเชิงการบริหาร และให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย เหมาะสมกับบริบท ผู้ป่วยที่มารับบริการเข้าใจ และ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ก่อให้เกิดประสิทธิภาพตามมาตรฐานการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกสำหรับพยาบาลวิชาชีพใน หอผู้ป่วยเด็กตา ในการให้ความรู้การปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
 2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก
- วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีการดำเนินการทดลองวิจัยรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยต่อกระดูกที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกในหอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจารโ ระหว่างเดือน กรกฎาคม- สิงหาคม พ.ศ.2565

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกในหอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจารโ เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criterial)

1. ผู้ป่วยต่อกระดูกทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระดูกครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดสลาลย ต่ อ ก ร ะ จ ก ด้วย ค ลิ่น ค วาม ถี้ สูง (Phacoemulsification) และใส่เลนส์แก้วตาเทียม

2. สามารถฟังและพูดสื่อสารภาษาไทย
3. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อผู้ป่วยต่อกระดูกที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดสลาลย ต่ อ ก ร ะ จ ก ด้วย ค ลิ่น ค วาม ถี้ สูง (Phacoemulsification) และใส่เลนส์แก้วตาเทียมจำนวน 440 คนจับฉลากแบบไม่ใส่คืน 20 ราย และติดต่อประสานชี้แจงกับผู้ป่วยตามรายชื่อที่จับฉลากได้ในหอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจารโ และทำการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเลือกและคัดออก หลังจากผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม- สิงหาคม พ.ศ.2565 เมื่อเสร็จการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ และได้ข้อมูลครบถ้วนสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 20 ราย

รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนาจากแนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิง (Deming Cycle) ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน กรกฎาคม -สิงหาคม พ.ศ.2565ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน PDCA ดังนี้

1) การวางแผน (Plan; P) โดยค้นหาปัญหาการให้ความรู้ผู้ป่วย กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และทิศทางการแก้ปัญหาการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

2) การปฏิบัติ (Do; D) ได้จัดทำคู่มือและรูปแบบการให้ความรู้ ผ่าตัดต่อกระดูกได้ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วยจักษุแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการชั้นสูง สาขาเวชปฏิบัติด้านจักษุ 1 คน อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม 1 คน แบบประเมินความรู้อัตน้อกกระดูกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.72 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้ของผู้ป่วยมีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.74 และบุคลากรพยาบาลวิชาชีพตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.73 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยต่อกระดูกและบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.78

3) การติดตามและประเมินผล (Check; C) โดยการประเมินความรู้ก่อนและหลังผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ติดตามการใช้แนวปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ

4) การพัฒนารูปแบบ (Action; A) ผู้ศึกษาได้นำรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก หลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไป

ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 20 คนและพยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คนที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสว่างแดนดิน และนำรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกมาใช้จริงในหอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร ดำเนินการวิจัยในเดือน กรกฎาคม- สิงหาคม พ.ศ.2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นแบบทดสอบความรู้ต่อกระเจกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระเจกจำนวน 20 ข้อ ตัวเลือกได้แก่ เครื่องหมาย ถูก ผิด เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามผู้ป่วยต่อกระเจก ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกระเจกต่อการได้รับบริการตามรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกจำนวน 10 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยมีความหมายดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก 3 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย 1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน 5 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเป็นคำถามปลายเปิด

2. แบบสอบถามบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การอบรมโรคต่อกระเจก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการให้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกจำนวน 10 ข้อคำถามมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยมีความหมายดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก 3 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย 1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน 5 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเป็นคำถามปลายเปิด

3. แบบประเมินความเป็นไปได้ของบุคลากรพยาบาลต่อการให้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยต่อกระเจกจำนวน 6 ข้อคำถามมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยแบ่งระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีเกณฑ์การวิเคราะห์และแปลผล 5 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยน้อย 1 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำร่างรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก

และแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประเมิน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ IOC= 0.97 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน วิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ต่อ กระจกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อต่อกระจก ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 และหาค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับ บริการตามรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อ กระจกด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach s alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.74 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากร พยาบาลต่อการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระจกได้เท่ากับ 0.726 แบบประเมิน ความเป็นไปได้ของบุคลากรต่อการใช้รูปแบบการ ให้ความรู้ได้เท่ากับ 0.778

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่ หอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจา โร ตามเกณฑ์คัดเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใน เดือน กรกฎาคม- สิงหาคม พ.ศ.2565โดยมีการ ดำเนินการดังนี้

1.ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 นำโครงการวิจัยขอรับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัยได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กตาเกี่ยวกับขั้นตอน งานวิจัย วิธีการปฏิบัติกิจกรรมในการให้ความรู้ ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อรับ อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.4 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยอธิบายเหตุผล ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์ ของงานวิจัย ผลกระทบที่อาจเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเสร็จสิ้นของการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.5 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้ ต่อกระจกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อต่อ กระจกก่อนให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการให้ ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก (Pre-test)

2.ขั้นตอนการ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยให้การ พยาบาลผู้ป่วยรายบุคคลและให้ความรู้ผู้ป่วยต่อ กระจกที่หอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ ฝั้นอาจาโร ตั้งแต่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจักษุแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน โดย ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับฟังข้อมูลการปฏิบัติตัวจาก พยาบาลวิชาชีพในห้องให้สุศึกษา หอผู้ป่วยเด็ก ตาในช่วงเช้าของวันที่รับใหม่โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ การปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ” ใช้เวลา 8 นาทีจากนั้นพยาบาลวิชาชีพทบทวนข้อมูลการ ปฏิบัติตัวที่สำคัญได้แก่การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ ผ่าตัดและหลังผ่าตัด พุดคุยแลกเปลี่ยนตอบข้อ ชักถามต่างๆ ในช่วงบ่ายของวันผ่าตัด พยาบาล วิชาชีพให้ความรู้ซ้ำและแลกเปลี่ยนตอบข้อซักถาม เพิ่มเติมเพื่อติดตามการปฏิบัติตัวรายบุคคลใน ช่วงเวลา 19.00-20.00 น.ในวันที่รับใหม่และในวัน จำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการให้ความรู้ซ้ำ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ การปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัด ต่อกระจก ” ซ้ำอีกครั้ง ใช้เวลา 8 นาที พุดคุย แลกเปลี่ยนตอบข้อซักถามและรับฟังข้อมูลการ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจก การเช็ดตา หยอดตา จากสื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลา 10 นาทีเป็นรายกลุ่มและ รายบุคคลโดยพยาบาลวิชาชีพในห้องให้สุศึกษา ในช่วงเวลา 6.00-8.00 น. และขอเบอร์โทรศัพท์ เพื่อติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ในช่วงเวลา 11.00- 12.00น.หลังจากจักษุแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการสาธิตและสาธิต ย้อนกลับการเช็ดตา หยอดตาในห้องสุศึกษาที่

เป็นส่วนสำคัญ ไม่ถูกรบกวนจากเสียงภายนอกและจัดกิจกรรมในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ต้องทำกิจกรรมอื่นใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับแผ่นพับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกและอุปกรณ์เช็ดตาและยาหยอดตา

3.ขั้นหลังการทดลอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลตอบแบบประเมินความรู้ต่อกระดูกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกหลังให้การดูแลตามรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก (Post-test) และตอบแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกระดูกต่อการได้รับบริการตามรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยเด็กตาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโรตอบแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกและแบบประเมินความเป็นไปได้ตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วย

ผ่าตัดต่อกระดูกโดยใช้สถิติ paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร เลขที่โครงการ SKN REC 2021-011 ลงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ.2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 อายุมากกว่าและเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 85.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.0 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.0 รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3,000 บาท

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 ($t = 62.50$, $95\%CI = 11.16 - 11.931$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก (N=20)

คะแนนความรู้	$\bar{X}$ (S.D.)	แปรผล	t	95%CI	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	8.40(0.88)	ระดับต่ำ	62.56	11.16-11.93	<0.001
หลังใช้รูปแบบ	19.95(0.22)	ระดับสูง			

3. ความรู้ต่อกระดูกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือสามารถนอนตะแคงทับข้างผ่าตัดและผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกควรมาตรวจต่อเนื่อง 3 ครั้ง ร้อยละ 5.0 รองลงมาคือผู้ป่วยสามารถดูโทรทัศน์เล่นมือถือ ยูทูบ โลก เฟสบุ๊ค และอ่านหนังสือนานเท่าคนปกติ ร้อยละ 10.0 การอาบน้ำควรอาบน้ำฝักบัว การอาบน้ำควรราดน้ำตั้งแต่บ่าลงไปถึงลำตัว ร้อยละ 20.0 .ยาหยอดตา

ควรเก็บในตู้เย็นยกเว้นช่องแช่แข็ง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกปิดตาด้วยก๊อสปิดตาเพียง 1 วันห้ามนำกลับมาใช้ซ้ำ ร้อยละ 30.0 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพิ่มขึ้นทุกข้อ

4. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกในระดับมาก

5. บุคลากรพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่านตัดต่อกระเจกในระดับมาก

6. ความเป็นไปได้ตามความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่านตัดต่อกระเจกในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดต่อกระเจกมากที่สุดในจังหวัดสกลนครจากการทบทวนสภาพปัญหาการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่านตัดต่อกระเจก หอผู้ป่วยเด็กตา พบข้อจำกัดด้านบุคลากร กระบวนการ อุปกรณ์ สถานที่ ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารหอผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกจึงมีแนวคิดพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกเพื่อเป็นมาตรฐานระบบบริการ โดยจัดทำแผนขออัตรากำลังพยาบาลเพิ่มจากที่มีอยู่เดิม เพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพอบรมเรื่องการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก จัดทำคู่มือการให้ความรู้ผู้ป่วยต่อกระเจก มีระบบพี่เลี้ยงให้คำชี้แนะ จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรพยาบาลอบรมนอกสถานที่ แผนพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติด้านจักษุ ด้านกระบวนการ มีการมอบหมายงานโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในเอกสารการมอบหมายงาน ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลโดยหัวหน้าเวร และนิเทศโดยการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกโดยหัวหน้า/รองหัวหน้าหอผู้ป่วย มีรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก และกำหนดช่วงเวลาให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก ใช้แนวคิดวงจร Deming Cycle (PDCA) แก้ไข ปัญหาซึ่งรูปแบบนี้ใช้กระบวนการกลุ่มยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมคิด ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และร่วมพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกให้ประสบ

ความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาภัทรธิดา โกคาพันธ์ สงครามชัย ลีทองดี และชาญชัย ดิกกะปัญโญ⁽²⁰⁾ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยของบุคลากร พยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์โดยประยุกต์แนวคิดวงจร Deming Cycle (PDCA) มาพัฒนางานคุณภาพและความเสี่ยงด้านคลินิกเพื่อให้เกิดการพัฒนาซึ่งมีการวางแผน ดำเนินการ ตรวจสอบและสะท้อนผล (P-D-C-A) ผลการศึกษาพบว่าหลังดำเนินการพัฒนาผู้เข้าร่วมกระบวนการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติด้านการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของบุคลากรพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและสอดคล้องกับยุทธนา ตรงดี⁽²¹⁾ การศึกษาการพัฒนาคุณภาพคลินิกเบาหวานตามกระบวนการ PDCA พบว่าการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีการบริการที่ดี ด้านพฤติกรรม ดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยผสมผสานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเสนอปัญหาและความต้องการ ความคาดหวังในการรักษาจะส่งผลเกิดระบบบริการที่ได้มีมาตรฐานผู้ป่วยพึงพอใจ และผลวิจัยยังใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก

การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก เป็นการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกพบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง อภิปรายผลได้ว่าการให้ความรู้ตามแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความรู้ที่มีแบบแผน รูปแบบชัดเจนโดยคำนึงถึงความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และการรับรู้เพิ่มขึ้น

การกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน สื่ออุปกรณ์ที่เหมาะสม มีการสาธิตการขีดตา และสถานที่ที่เป็นสัดส่วน ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้และญาติสามารถขีดตาได้ถูกต้องป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดกับสอดคล้องกับจุฑา ดาว ทัพเพิก (22) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม หอผู้ป่วยตาหุค จมูก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการปฏิบัติตัวในการเตรียมผ่าตัด และความพึงพอใจแตกต่างกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการเตรียมผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่าการให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง อีกทั้งรูปแบบการให้ความรู้มีการจัดเรียงเนื้อหาที่ต่อเนื่องประกอบกับการใช้สื่อที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้ และฝึกทักษะจนสามารถจดจำและปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับอรุณรัตน์ รอดเชื้อ (23) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลราชวิถี ประกอบด้วยวิธีทัศนโรคต่อกระจก การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการขีดตา หยอดตา ป้ายตาและครอบตา คู่มือการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก และโทรศัพท์เยี่ยมที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งสอดคล้องกับพัชรภรณ์ วิริยะประสพโชคและศิลาปะ ไชยจันทร์ (19) ศึกษาประสิทธิภาพของการสอนญาติผู้ป่วยหลังผ่าตัดตาต่อกระจกโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ หอผู้ป่วยโสตศอนาสิก และจักษุ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยการสอนเรื่องการขีดตา และหยอดตาพบว่า กลุ่มที่สอนสาธิตโดยพยาบาล และสอน

โดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีทักษะการล้างมือก่อนขีดตา และการเตรียมสารขีดตาได้ดีกว่ากลุ่มที่สอนแบบปกติ และสอดคล้องกับวาริรัตน์ โทษารธรรม (24) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติ การจัดการการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่ใสเลนส์แก้วตาเทียมพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการสอนเรื่องปัญหาสุขภาพ การบริการจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความสุภาพอ่อนน้อม มีอุปกรณ์ชุดขีดตา แผ่นพับเรื่องการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ได้รับข้อมูลและคำแนะนำก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสกลนครในระดับมาก และสอดคล้องกับกนกพร อริยวงค์และคณะ (25) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกในกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองและจุฑา ดาว ทัพเพิก (22) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์แก้วตาเทียม หอผู้ป่วยตาหุค จมูกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการปฏิบัติตัวในการเตรียมผ่าตัดและความพึงพอใจแตกต่างกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการเตรียมผ่าตัด ดังนั้นรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่ได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลผู้ใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่าความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลอยู่ในระดับมากอภิปรายผลได้ว่าบุคลากรมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกทำให้เกิดความภาคภูมิใจและพึงพอใจในสิ่งที่ทำสำเร็จตามแนวคิดของ McClelland, E., Kelly K., & Buckwalter, K.C. (16) ซึ่งสอดคล้องกับวาริรัตน์ โทษารธรรม (24) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่ใสเลนส์แก้วตาเทียม

โรงพยาบาลสกลนครพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล ต่อความเป็นไปได้ในรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกพบว่าอยู่ในระดับมากอภิปรายได้ว่าการนำรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกตามกรอบแนวคิดวัฏจักร Deming Cycle ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ด้านมองเห็น บุคลากรพยาบาลผู้ใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก มีความง่ายและความสะดวกในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย บริบทของหอผู้ป่วย

วัฒนธรรมของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาวรรณวิมล ทูมมี⁽²⁷⁾ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

6.ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. นำรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกไปใช้กับผู้ป่วยต้อกระจกที่มีโรคร่วมด้านอายุรกรรม
2. ขยายผลการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกกับโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- (1) ภารดี นานาศิลป์. (2543). ต้อกระจก: การดูแล. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- (2) สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต และคณะ. (2548). แนวทางการปฏิบัติโรคทางจักษุวิทยาสำหรับจักษุแพทย์ . กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- (3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจประชากรในประเทศไทย วันที่ค้นข้อมูล 19 มกราคม 2565, เข้าถึงได้จาก [http:// Service.nso.go.th](http://Service.nso.go.th)
- (4) Ocampo, V.V. & Foster, C.S. (2002) .Cataract Senile. วันที่ค้นข้อมูล 20 มีนาคม 2564 เข้าถึงได้จาก <http://www.emedicine.com>
- (5) วัฒนีย์ เย็นจิตร และคณะ. รายงานผลการสำรวจภาวะตาบอดสายตาลี้นรางโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขครั้งที่ 4 ในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร, 2555.
- (6) สมชัย วงศ์เวชสวัสดิ์. (2558). ตาบอดจากโรคต้อกระจกในประเทศไทย. จักษุเวชสาร 2560, 10 (2) , 125-134.
- (7) ยศอนันท์ ยศไพบูลย์. (2539). Ocularexa examination. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ท้อฟเซ็ท.
- (8) Chan, C.W., Johnny, C.C, Wong, J.C., Chan, K.S., Wong, W., Tam, K.C. & Chan, P.S. (2003). Evaluation of quality of life in patients with cataract in Hong Kong . J Cataract Refract Surg. (29), 1753-1760
- (9) Sperduto,R.D & Seigel , R. (1984). The Prevalence of neuclear cortical and posterior subcapsular lens opacities in general population sample. Ophthalmology, 91 (7), 815 - 819.
- (10) ยุพดี รัตตะรังสี. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: คอมฟอร์ม.
- (11) ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2545). การพยาบาลผู้รับบริการที่ผิดปกติทางตา.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- (12) นิรมล สันทวิจิตร. (2549). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.



- (13) อิตาพรรณ ไชยมน. (2551). เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจะระหว่างก่อน หลัง ผ่าตัดต่อกระจะและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- (14) หอผู้ป่วยเด็กตา โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจโร (2562) รายงานสถิติข้อมูลโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจโร
- (15) ขนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- (16) McClelland, E., Kelly, K., & Buckwalter, K. C. (1985). Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning. London: Grune & Stratton.
- (17) กนกวรรณ หอมจันทนากุล. (2545). ความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจะ ในระยะรอผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- (18) สุธัญญา นวลประสิทธิ์. (2552). ผลการใช้วิธีทัศนโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองและญาติผู้ดูแลโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.วันที่ค้นข้อมูล19 มีนาคม 2565, เข้าถึงข้อมูลได้จาก <http://r2r.hsri.or.th>
- (19) พัทธภรณ์ วิริยะประสพโชคและศิลาปะ ไชยพันธ์. (2555).ประสิทธิภาพของการสอนญาติหลังผ่าตัดต่อกระจะโดยใช้วิธีทัศนผู้ป่วยโสต สอนาสิกและจักษุโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.เชียงรายเวชสาร. 2555, 16 (2) ,185-199
- (20) ภัทรธิดา โกคาพันธ์,สงครามชัย ลีทองดีและชาญชัย ดิกะปัญญา. (2555).การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตาม มาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด อุบลราชธานี.วารสารพยาบาลทหารบก, 13 (2), 38
- (21) ยุทธนา ตรงดี . (2557). การพัฒนาคุณภาพคลินิกเบาหวานใกล้บ้านใกล้ใจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวค่ายโดยสหวิชาชีพ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล. วารสารวิชาการ แพทย์เขต11, 8 (2) ,395
- (22) ดุจดาว ทัพเบิก. (2564). ผลการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจะใส่เลนส์แก้วตาเทียม หอผู้ป่วยตาคู จมูกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก.วันที่ค้นข้อมูล 19 มกราคม 2565, เข้าถึงได้จาก <http://www.tako.mop.go.th>
- (23) อรุณรัตน์ รอดเชื้อ. (2555) . ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจะโรงพยาบาลราชวิถี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. กรุงเทพฯ. 2555, 28 (2), 25-37
- (24) วารินทร์ โทษธรรม. (2556).แนวปฏิบัติการจัดการการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจะที่ใส่เลนส์แก้วตาเทียมหอผู้ป่วยตา. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- (25) กนกพร อริยวงค์ และคณะ. (2561).ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจะ โรงพยาบาลสุโขทัย.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า, 2 (3) , 17-30
- (26) วรรณวิมล ทุมมี. (2561).การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจะห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 2564, 6 (2) ,1-7

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกร่วมกับภาวะความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา Nursing care of High risk Cataracts surgery patients with at Kalasin Hospital : A study

(Received: September 16,2023 ; Revised: September 23,2023 ; Accepted: September 24,2023)

ภัษชญา ภูอาบอ่อน¹

Puschaya Phuarbon¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกร่วมกับภาวะความเสี่ยงสูง โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจก จำนวน 2 ราย และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยตึก หู ตา คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี อาการสำคัญ ตาด้านขวา พร่ามัวลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 9 เดือน การวินิจฉัยโรค cataract right eye ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ ไตวายเรื้อรัง รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ECCE with IOL LE (Extra capsular cataract extraction with Intraocular lens right Eye) ขณะรับการรักษาหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะ Hyperglycemia และมีอาการปวดหลังการผ่าตัดและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หลังรับการรักษาภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดยส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 78 ปี อาการสำคัญ ตาด้านซ้ายมัว มองภาพไม่ชัดเจน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2ปี การวินิจฉัยโรค Combile cataract left eye ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูง รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ECCE with IOL LE (Extra capsular cataract extraction with Intraocular lens left Eye) ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความดันโลหิตสูงก่อนการผ่าตัด หลังรับการรักษาอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ : ต้อกระจก, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

Abstract

This study was case study aimed to studied nursing care for cataract surgery patients with high-risk conditions. By comparing 2 case studies, selected specifically. Two patients were diagnosed by a doctor as having cataracts and were admitted to the ward of the Ear, Eye, Nose and Throat Building at Kalasin Hospital.

The results of the study found that the first case study was a Thai male patient aged 68 years. The main symptoms were blurred right eye. He had it 9 months before coming to the hospital. Diagnosis of cataract right eye disease, history of co-morbidities, diabetes, high blood pressure, gout, chronic kidney failure. Received treatment with ECCE with IOL LE (Extra capsular cataract extraction with Intraocular lens right Eye) surgery while receiving treatment after surgery. The patient has a condition Hyperglycemia and also had post-operative pain and high blood pressure. After receiving treatment for complications, the patient gradually improved. Can be sold home by referral to a community hospital.

Case study number 2, female patient, age 78 years, main symptom: blurry left eye. Can't see the picture clearly Had it 2 years before coming to the hospital. Diagnosis: Combile cataract left eye. History of co-morbidities. high blood pressure Received treatment with ECCE with IOL LE (Extra capsular cataract extraction with Intraocular lens left Eye) surgery. While undergoing treatment, the patient had anxiety. High blood pressure before surgery After receiving treatment, symptoms gradually improved. Can be sold back home

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Keywords: cataract, nursing care for cataract surgery patients

บทนำ

ต้อกระจก (Cataract) คือ ภาวะเลนส์แก้วตาขุ่น ทำให้ปิดกั้นแสงไม่ให้ผ่านทะลุเข้าไปในลูกตาได้ ทำให้การมองเห็นลดลง ต้อกระจกมักเกิดกับผู้สูงอายุ¹ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมตามวัย และมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดต้อกระจก เช่น คอเลสเตอรอลสูง โรคเบาหวาน การขาด สารอาหาร วิตามินบี 12 ภาวะขาดน้ำ รังสียูวี (ultraviolet) การกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บที่ตา เป็นต้น ต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของตาบอดอันดับหนึ่งของโลก² โดยองค์การอนามัยโลกประเมินว่าทั่วโลกมีคนตาบอดร้อยละ 45 ประมาณ 35-40 ล้านคนและมีสาเหตุตาบอดจากต้อกระจกร้อยละ 53 ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม WHO ได้กำหนดวิสัยทัศน์: Right to Sight by the Year 2023 ตั้งเป้าลดความความชุกตาบอด ให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.53³ สถานการณ์ประเทศไทยมีความชุกตาบอด 0.59% โดยมีสาเหตุอันดับ 1 จากต้อกระจกร้อยละ 51.64⁴ จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ เข้ารับบริการในแผนก โสต สอ นาสิก จักษุ ในปี 2563- 2565 จำนวน 1,027, 1,129 และ 1,469 ราย ตามลำดับ⁵ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมากขึ้นทุกปี และจากการเก็บข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากผู้รับบริการพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะต้อกระจก เข้ารับการรักษาล่าช้าทำให้การมองเห็นลดลงและมีโอกาสเกิดตาบอดสูงและพบปัญหาการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากไม่พร้อมในการผ่าตัดและหลังผ่าตัดไม่มีคนดูแลไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้อกระจกต้องเข้าถึงบริการควรได้รับการตรวจคัดกรองผ่าตัดทันเวลาด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลผู้ให้บริการต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะความชำนาญในการให้

การ พยาบาลและใช้เครื่องมือพิเศษทางตา ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกที่มีความเสี่ยงสูงและภาวะโรคร่วมและความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน จำนวน 2 ราย ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยนำกระบวนการพยาบาลและ การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและครอบครัวให้ ครอบครัวมองคร่อม และการดูแลมีความต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ อย่างถูกต้องปลอดภัยกลับไปใช้ชีวิตแบบปกติสุขในสังคม ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ร่วมกับภาวะความเสี่ยงสูง โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง ในผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคต้อกระจก จำนวน 2 ราย เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ศึกษาในระหว่างเดือน สิงหาคม – กันยายน 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้ผ่านการ ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดย ขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา กรณีศึกษา 2 กรณีนี้ไม่มี

การละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ตาดำด้านขวา พร่ามัวลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 9 เดือน มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ ไตวายเรื้อรัง อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ตาดำด้านขวามีอาการพร่ามัวมานาน ปวดตาขวาในบางครั้ง มีอาการน้ำตาไหล รุ ม่านตาขาวขุ่น VA ตาขวา 4/60 ตาซ้าย 6/36 มารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ เนื่องจากมีประวัติรับยาความดันโลหิตสูงมี ยา ASA รับประทานประจำ แพทย์มีแผนการรักษา ให้งดครบยา 7 วัน เพื่อวางแผนการผ่าตัด การ วินิจฉัยเมื่อแรกเริ่ม senile mature cataract การ วินิจฉัยครั้งสุดท้าย senile mature cataract with Diabetes mellitus Hypertension gout ESRD รับ การรักษาด้วยการ ผ่าตัด ECCE (EXtra capsular cataract extraction) หลังการผ่าตัดพบภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง มีแผนการรักษาให้ยาควบคุม ระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูง จัดการปัญหา เรื่องความปวด ขณะดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดตาม มาตรฐาน ได้สอน สาธิตการเช็ด

ตา หยอดตา การควบคุมระดับน้ำตาลและความดัน โลหิต และส่งปรึกษาห้องไตเทียมเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาภาวะไตวายเรื้อรังผู้ป่วยและญาติ เข้าใจการปฏิบัติตัว สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดย แพทย์อนุญาต

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 78 ปี ผู้ป่วยหญิง อายุ 78 ปี อาการสำคัญ ตาดำด้านซ้ายมัว มองภาพไม่ชัดเจน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ปี อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ตาดำด้านซ้าย มีอาการพร่ามัว นาน ปวดตาในบางครั้งเวลาจ้องมองนานๆ ไม่มีมี อาการน้ำตาไหล มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ พบม่านตาซ้ายขุ่น วัด VA ตาขวา 6/60 ตาซ้าย CF 3 มารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การวินิจฉัยโรค Combile cataract left eye ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มาโรงพยาบาลคนเดียว แต่อาศัยอยู่ บ้านกับสามี อายุ 80 ปี ก่อนการผ่าตัดพบปัญหา ความดันโลหิตสูง การรักษาด้วยการผ่าตัด ECCE with IOL LE (Extra capsular cataract extraction with Intraocular lens Left Eye) และการให้ดูแล หลังผ่าตัด เช็ดตา หยอดตาขณะ อยู่ในความดูแล และสอนสาธิตการเช็ดตา การหยอด บ้าย ตา มีการ วางแผนดูแลร่วมกับ ญาติเครือข่าย ได้แก่ องค์กร การ บริหารส่วนท้องถิ่น อสม./ รพ.สต./รพช. เพื่อการ ดูแลต่อเนื่องที่ถูกต้องที่ชุมชน

ตารางที่. 1 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแล สุขภาพ	ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการมองเห็น กลัวหลัง ผ่าตัดการมองเห็นจะไม่ชัดเจนกลัวเป็นภาระ ของลูกหลาน	ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวหลังผ่าตัดตาจะบอด กลัวเป็น ภาระของสามีอยู่บ้านด้วยกัน 2 คน และมีปัญหา เรื่องค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน
2. โภชนาการและการแล การเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รับประทานวัน ละ 3 มื้อ เป็นอาหารพื้นบ้านรับประทานอาหาร เบาหวานในบางวัน รับประทานตามที่ลูกหาให้ ทานในแต่ละวัน	รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ ทาน อาหารไม่ตรงเวลา รับประทานเป็นอาหารพื้นบ้าน



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและ ปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและ ปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาการแสบ ขัด
4.กิจวัตรประจำวัน	สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง มีญาติคอยช่วยเหลือการทำกิจกรรม	ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง มีบางครั้งมองไม่ชัดเจนมีสามีคอยช่วยเหลือในการ ทำกิจกรรม
5. การพักผ่อนนอนหลับ	มีปัญหาการนอนหลับ นอนหลับได้เป็นบางช่วง เวลาประมาณ 1- 2 ชั่วโมง นอนกลางวัน กลางคืนไม่นอน	นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวันไม่มีปัญหาใน การนอนไม่เคยใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยนอน หลับได้เป็นช่วงๆ
6. สถิติปัญหา และการรับรู้	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 6 อ่านออก เขียนได้ หลังเจ็บป่วยมองภาพไม่ชัดเจน	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 4 อ่านออก เขียนได้ หลังเจ็บป่วยมองภาพไม่ชัดเจนและมีปัญหาการ มองเห็นและการได้ยิน
7.การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	ญาติผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากความ ชราและคิดว่าอาการตาพร่ามัวจะดีขึ้นจึงไม่เข้า มารับการรักษา	ผู้ป่วยทราบว่าอาการเจ็บป่วยเป็นปัญหาเรื้อรัง ไม่มี การรักษา จากกลัวตัวเองผ่าตัดแล้วตาจะบอด
8.บทบาทและสัมพันธภาพ ในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัวอาศัยอยู่กับภรรยาและ บุตรขณะรับรักษามีภรรยาและบุตรสาวบุตร ชายคอยดูแล	บทบาทเป็นภรรยา อาศัยอยู่กับสามี บุตรสาวและ บุตรชายไปอยู่กับครอบครัวที่ต่างจังหวัดไม่มีคน ดูแล
9.เพศและการเจริญพันธุ์	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม ความสัมพันธ์ กับภรรยาเป็นไปด้วยดี	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมความสัมพันธ์กับ สามีปกติ
10.การปรับตัวและการ เผชิญความเครียด	ผู้ป่วยแจ้งว่ามีความเครียด กลัวหลังผ่าตัดการ มองเห็นจะเสียไป เวลาที่มีปัญหาจะแจ้งภรรยา และบุตรให้รับทราบ	เมื่อมีความเครียดจะปรึกษาสามีและเพื่อนบ้านที่ คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ
11.ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดบ้างตามโอกาส	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธและ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดวันพระและเทศกาลงานบุญ

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ชายไทย อายุ 68 ปี ตาด้านขวา พร่ามัวลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 9 เดือน	หญิงไทย 78 ปี ตาด้านซ้ายมัว มองภาพไม่ชัดเจน เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 2 ปี	กรณีศึกษา มีปัญหาด้านการมองเห็น กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยตาด้านขวา พร่ามัวลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 9 เดือน กรณีศึกษารายที่ 2 ตาด้านซ้ายมัว มอง ภาพไม่ชัดเจน เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 2 ปี

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			การเจ็บป่วยทั้ง 2 ราย มารับการรักษาด้วยปัญหาการมองเห็นแต่มีการมองเห็นสายตาคงที่ในช่วงระยะเวลาในการสูญเสียการมองเห็น มีความแตกต่างกัน
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบได้ชัดเจน มีปัญหาด้านการมองเห็น ตา ด้านขวามองภาพไม่ชัดเจน ผลการตรวจร่างกาย VA ตาขวา 4/60 ตาซ้าย 6/36 สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 99%	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบได้ชัดเจนร่างกาย ตาด้านซ้าย พร่ามัวมานาน มองภาพไม่ชัดเจน VA ตาขวา 6/60 ตาซ้าย CF 3 สัญญาณชีพ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/84 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 99%	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะต้อกระจก กรณีศึกษารายที่ 1 พบความผิดปกติของตาด้านขวา VA ตาขวา 4/60 ตาซ้าย 6/36 กรณีศึกษารายที่ 2 ตาด้านซ้าย พร่ามัว มองภาพไม่ชัดเจน VA ตาขวา 6/60 ตาซ้าย CF 3 จากกรณีศึกษาทั้ง 2 พบว่ารายที่ 2 การมองเห็นมีความรุนแรงมากกว่ารายที่ 1 จากประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
3.แผนการรักษา	RI 6 unit SC. Keep DTX 80-200mg% การผ่าตัด ECCE with IOL LE (Extra capsular cataract extraction with Intraocular lens Right Eye)	Amlodipine 5 mg oral stat. Keep BP< 140/90 mmHg การผ่าตัด ECCE with IOL LE (Extra capsular cataract extraction with Intraocular lens Left Eye)	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัด ECCE with IOL LE (Extra capsular cataract extraction with Intraocular lens Eye) ทั้ง 2 ราย มีความต่างคือการผ่าตัดคนละข้าง และมีแผนการรักษาในกรณีศึกษารายที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รายที่ 2 ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนการผ่าตัด 1.วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1 กรณีศึกษาที่ 2	<u>การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด</u> 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ผู้ดูแล โดยเข้าไปพูดคุยให้เวลา และความเป็นกันเองกับผู้ป่วยตรวจเย็บอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2) ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล โดยการพูดคุย ซักถามและสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วยพร้อมทั้ง เปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 3)แนะนำสภาพแวดล้อมที่เตียงและเครื่องใช้ต่างๆโดยเฉพาะ 4)ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลว่ามีพยาบาลดูแลใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง 5) ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด และแนะนำการจัดการ ความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การทำ สมาธิและการสวดมนต์ตามวิถีพุทธศาสนา 6) ให้อมือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก



ตารางที่ 3. ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2) เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1 กรณีศึกษาที่ 2	1) ประเมินสภาพของผู้ป่วย ดังนี้ - ประเมินสภาพด้านร่างกาย - ตรวจสอบชื่อ-สกุลให้ตรงกับเวชระเบียนและแผนการ รักษา โรคประจำตัว การใช้ยา การแพ้ยา การผ่าตัดในอดีตและ การใช้ยาลดลิ่มเลือด เพื่อป้องกันภาวะเลือดหยุดยาก 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ชนิดการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดได้และการป้องกัน 3) ตรวจสอบผลการตรวจต่างๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 200 mg% ระดับความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 90/60- 140/90 มม.ปรอท หากพบความผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษา พยาบาล ประเมินภาวะแทรกซ้อนและอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อพบความผิดปกติ ได้แก่ มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ปวดศีรษะตาพร่ามัว ให้รายงานให้แพทย์ทราบทันที 4) แนะนำทำความสะอาดร่างกายโดยอาบน้ำ สระผม ฟอกหน้า โกน หวด ตัดเล็บก่อนและเข้าวันผ่าตัด 5) ประเมินการอักเสบติดเชื้อทุกส่วนภายในร่างกาย เช่น ตา กุ้งยิง แผลอักเสบที่อื่น หรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ถ้ามี ควรพิจารณาเลื่อนผ่าตัด 6) ให้ฝึกนอนคลุมโปงเพราะขณะผ่าตัดจะใช้ผ้าสะอาดคลุมปิด ส่วนต่างๆของร่างกายเหลือเพียงแต่ตาข้างที่จะผ่าตัดเพราะถ้า ไม่ฝึกมาก่อนอาจทำให้เครียด หายใจไม่สะดวก และไม่ให้ความ ร่วมมือขณะผ่าตัดได้ 7) สอนแนะนำการปฏิบัติตัวได้แก่ การรักษาความสะอาดดวงตา การเช็ดทำความสะอาด การหยอดตา การ ทำกิจกรรมและข้อห้ามในการปฏิบัติต่างๆ เป็นต้น
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม เนื่องจากการมองเห็นลดลง กรณีศึกษาที่ 1 กรณีศึกษาที่ 2	1) อธิบายสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและการใช้กริ่งเพื่อขอ ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งจัด สิ่งแวดล้อมภายใน หอผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวาง ติดป้ายสะท้อนแสงในจุด อันตรายที่ผู้ป่วยเดินผ่าน เช่น ประตูทางเข้าห้องน้ำ 2) จัดให้นอนเตียงเตี้ยเหมาะสำหรับการทำกิจกรรม เช่น การลุกเดิน 3) ประเมินการมองเห็น (Visual Acuity) 4) ประเมิน Fall Risk Score 5) ห้องน้ำต้องมีราวจับ
4. มีภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาที่ 2	<u>การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)</u> 1. ประเมินความดันโลหิตของผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมการผ่าตัด 2) Keep BP 90/60 mmHg Systolic $< 140/90$ mmHg พบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 3) ดูแลให้ได้รับยา Amlodipine 5mg ตามแผนการรักษา ติดตามความดันโลหิตหลังการได้รับยา 30 นาที และรายงานให้แพทย์ทราบ 4) ประเมินอาการและอาการแสดง ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีคลื่นไส้อาเจียน พบอาการดังกล่าวให้ รายงานให้แพทย์ทราบทันที
5. ปวดตาเนื่องจากการบาดเจ็บ ของเนื้อเยื่อหลังการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1 กรณีศึกษาที่ 2	<u>การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังการผ่าตัด</u> 1) จัดท่านอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับบริเวณตาข้างที่ผ่าตัด 2) จัดสภาพแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวนมากเกินไป เช่น เสียง แสง 3) ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ในกลุ่มปวดรุนแรงให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ในกลุ่มปวดเล็กน้อยใช้ดนตรีบำบัดในการจัดการความปวด ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 4) ประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่นเพิ่ม เช่น ปวดตา รุนแรง น้ำตาไหล 5) แนะนำให้งดทำกิจกรรม

ตารางที่ 3.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5.มีภาวะ Hyperglycemia, Hypoglycemia กรณีศึกษาที่ 1	<u>การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังการผ่าตัด</u> 1) ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับ ประเมิน DTX q 6 hrs.ตามแผนการรักษา Keep DTX 80-200 mg% 2) ดูแลให้ยา RI 6 unit SC ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนี้ จะมีอาการสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ชีต หิว กระวนกระวาย ความรู้สึกตัวลดลง สับสน อาจหมดสติได้ 4) แนะนำสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังนี้ มีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและหมดสติได้
6. เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะ ติดเชื้อภายใน ลูกตา (Endophthalmitis) กรณีศึกษาที่ 1 กรณีศึกษาที่ 2	1) แนะนำวิธีการทำความสะอาดใบหน้าโดยไม่ให้น้ำเข้าตาข้างที่ ผ่าตัด 2) ให้การปฏิบัติตามพยาบาลทุกขั้นตอนด้วยวิธีปลอดเชื้อ ล้าง มือให้สะอาดทุกครั้ง 3) แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดได้ เช่น ปวด ตาอย่างรุนแรง กินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มี อาการน้ำตาไหล มากผิดปกติ 4) เช็ดตา sterile ดูแลให้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5) อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อเพราะ การติดเชื้อที่รุนแรงควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ตา บอดได้
6. เสี่ยงต่อภาวะ ความดัน ภายในลูก ตาสูง กรณีศึกษาที่ 1 กรณีศึกษาที่ 2	1) จัดท่านอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับตาข้างที่ผ่าตัด ให้นอนราบ 12 ชั่วโมง 2) หลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรงๆ การก้มศีรษะต่ำกว่าเอว เพราะจะเพิ่มแรงดันมากขึ้น 3) แนะนำหลีกเลี่ยงการออกแรงมากๆ ในการเบ่งถ่ายอุจจาระ การสั่นหน้ามากๆ ขณะแปรงฟัน 4) กรณีความดันลูกตาสูง ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการ รบกวน เช่น อาการปวดตา ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ให้ยา ลดความดันลูกตาตามแผนการรักษา 5) หลังการผ่าตัด 2 เดือนแรก ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย ที่หักโหม เช่น การกระโดด ไม่ควรยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัมหรือทำงานหนักที่อาจกระทบกระเทือนถึงตาได้ เช่น ขุดดิน ชัก ผ้า ตำน้าพริก เป็นต้น
การวางแผนจำหน่าย กรณีศึกษาที่ 1 กรณีศึกษาที่ 2	<u>การพยาบาลวางแผนจำหน่าย</u> 1) แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้สะดวกปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยแสงสว่างไม่มากหรือน้อยจนเกินไป การจัดการทางลาดชัน ห้องน้ำควรมีลวดจับป้องกันการพลัดตกหกล้ม ควรให้ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ชั้นล่าง งด การเดินขึ้นลงบันได ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ควรมีญาติดูแลใกล้ชิดช่วยเหลือในการทำกิจกรรม จัด สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบใช้งานให้ผู้ป่วย 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่และสิ่งที่ต้องดูแลต่อการป้องกันกลับเป็นซ้ำ 3) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการปวดตามากขึ้นการมองเห็นลดลงกว่าเดิม ให้รีบมาพบแพทย์ 4) แนะนำสอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล(caregiver) เกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดตา การ หยอดตา การสังเกตอาการผิดปกติ กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ การได้รับยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจ ตามแพทย์นัด 5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อุปกรณ์ช่วยในการมองเห็นได้แก่การสวมใส่ แว่นตา อุปกรณ์ช่วยการเดิน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม



ตารางที่ 3. ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7) อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับจอตาลหลุดลอกที่อาจเกิดได้ การ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการฟ้าแลบ ฟ้าผ่า 8) อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เช่น นอนหงายราบ 24 ชั่วโมงแรก หลีกเลี่ยงการ ไอ การจามแรงๆ ระวังการสำลักน้ำแรงๆ 9) เน้นให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญ การใช้ผ้าปิดตาและโล่ครอบตา เพื่อป้องกันการกระแทกโดยตรง 10) เน้นการควบคุมโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือด 80-110 mg% ระดับความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 90/60-140/90 มม.ปรอท 11) ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งสนับสนุน การเรียนรู้ การขอความช่วยเหลือ 12) แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก DEMETHOD ดังนี้ D: Disease ให้ความรู้เรื่องโรคต่อกระจกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาด้วยการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัดที่ ผู้ป่วยได้รับแก่ ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะพยาธิกำเนิด การคาดการณ์ การ มองเห็นหลังผ่าตัด ข้อดี ข้อเสีย ตามชนิดการผ่าตัดนั้นๆ และ ข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย M: Medication แนะนำการใช้ยาอย่างกลับบ้าน อย่าง ละเอียด แนะนำการหยอดตาที่ถูกต้อง ขั้นตอนการล้างมือก่อน หยอดตาทุกครั้ง การเก็บรักษา ยา การ เช็ดตา การสังเกตอาการ ผิดปกติหลังจากการหยอดตา เช่น ตาบวม ตาแดง มีขี้ตามาก ขึ้น ใ้รับหยดยา และมาหาแพทย์ทันที รวมถึงการครอบตา หรือการใส่แว่นตา ห้ามให้ผู้อื่นใช้ร่วมด้วย ให้หยอดตามตามแพทย์สั่ง การเก็บยาหยอดตาควรเก็บไว้ในที่แห้งและเย็น วางให้พ้นมือเด็ก ไม่ควรซื้อยามาใช้เอง E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ เหมาะสมกับสภาพการมองเห็น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินซึ่ง อาจ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ และทำความสะอาดให้ปราศจากฝุ่นหรือ ควั่นให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการ รักษาพยาบาล และการจัดการ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ T: Treatment อธิบายชนิดการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับและ ผลลัพธ์การมองเห็นที่จะเกิดรวมทั้งภาวะแทรกซ้อน ที่ต้องระวัง เช่น การติดเชื้อ ความดันลูกตาสูง เลนส์แก้วตาเคลื่อน H: Health 1. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ให้ใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดอย่าง เบามือ และคอยระวังไม่ให้ น้ำเข้าตา 2. สอนสาธิตการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา การครอบตา 3. แนะนำเวลาแปร่งฟัน เบาๆ ไม่สั่นศีรษะไปมา 4. ห้ามขยี้ตา อ่านหนังสือ ดูทีวีและภาพยนตร์เป็น เวลานานในระยะหลังผ่าตัด

สรุปผลการศึกษา กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรค ต้อกระจกและได้รับการรักษาผ่าตัดทั้ง 2 ราย ผู้ป่วย มีปัญหาด้านการมองเห็นและมีภาวะแทรกซ้อนขณะ เข้ารับการรักษ ซึ่งผู้ป่วย กรณีศึกษา รายที่ 1 มีโรค ร่วมได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ และไต วายเรื้อรัง กรณีศึกษา รายที่ 1 พบปัญหาระดับ น้ำตาลในเลือดสูง ได้รับการรักษาด้วยการควบคุม

ระดับน้ำตาลและจัดการความปวด สามารถจำหน่าย กลับบ้านได้ กรณีศึกษา รายที่ 2 พบปัญหาภาวะ ความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยการให้ยา ควบคุมความดันโลหิตก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัด พบปัญหาไม่มีคนดูแลผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านกับสามี ซึ่ง อยู่ในวัยสูงอายุและมีปัญหาด้านการมองเห็น ได้ ประสานเครือข่ายในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับสามารถ
จำหน่ายกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านได้และวางแผนการ
ดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับ
ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ กลุ่มเสี่ยงมีภาวะโรคร่วมที่มีโอกาส
เกิดโรคต่อกระจก ตลอดจน อาการและอาการแสดง
เบื้องต้นของภาวะต่อกระจก เพื่อให้ผู้ป่วยสังเกต
อาการตัวเองเกี่ยวกับความผิดปกติด้านสายตาเพื่อ
วางแผนการรักษาไม่ให้ความรุนแรงของโรคดำเนิน
มากขึ้น
2. ควรมีการรณรงค์ออกหน่วยตรวจสายตาใน
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการตรวจสายตา ตรวจจอประสาท

ตา เพื่อเป็นการค้นหาปัญหาของผู้รับบริการเพิ่มการ
เข้าถึงการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

3. ผู้ป่วยโรคต่อกระจกหลังการผ่าตัดทุก
รายควรส่งต่อข้อมูลถึงชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ
ดูแลต่อเนื่องมีการประสานงานขอความร่วมมือใน
เครือข่าย ได้แก่ รพ.สต. รพช. องค์การบริหารส่วน
ท้องถิ่น เป็นต้น

4. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล
วิชาชีพในหน่วยงานทั้งด้านความรู้ ความสามารถ
และทักษะ การประเมินคัดกรองความเสี่ยง ตลอดจน
การใช้เครื่องมือพิเศษทางตา ต่างๆ เพื่อให้ทีมการ
พยาบาลให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ตำราจักษุวิทยา: สำหรับนิสิตแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป.
กรุงเทพฯ: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
2. จักรี หิรัญแพทย์. Lens and Cataract [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.scribd.com/document/22143465/Lens-and-Cataract>
3. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in
Diabetes2020. Diabetes Care 2020 Jan; 43 (Suppl 1): S14–31. doi: 10.2337/dc20-S002. PubMed PMID:
31862745
4. ขวัญตา เกิดชูชื่น, สุจินตา ริมศรีทอง. การ พยาบาลจักษุวิทยา เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชา พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาล รามาธิบดี; 2540.
5. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Nursing care for the patients with acute ischemic stroke who received rt-PA at Kalasin Hospital

(Received: September 17,2023 ; Revised: September 22,2023 ; Accepted: September 23,2023)

สมพิน จงเรืองศรี¹

Sompin Chongruangsri¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โดยศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2564 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย การสัมภาษณ์และการสังเกต นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบและวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาคนที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี อาการสำคัญ แขนขาซีกขวามืออ่อนแรง ซึมลง ไม่พูด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีประวัติขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัย Acute cerebral infarction ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน วันจำหน่ายผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของขาข้างขวามือเล็กน้อยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ กรณีศึกษาคนที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี อาการสำคัญ แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัย Acute cerebral infarction ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดพบภาวะเลือดออกในสมองเล็กน้อย วันจำหน่ายผู้ป่วยไม่มีความพิการหลงเหลือ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน, การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ABSTRACT

This study was case study with the objective of studying nursing care for acute ischemic stroke patients receiving treatment with rt-PA clot-dissolving drug and using the results of the study to develop nursing guidelines for patients with the disease. Acute ischemic stroke treated with rt-PA blood thinners. Comparative study of nursing care for acute ischemic stroke patients receiving treatment with blood thinners. rt-PA who was admitted to the intensive care stroke ward. Kalasin Hospital between May - June 2021, 2 cases. The tools used in the study include Data recording form by collecting information from the patient's medical records. Interview and observation Use data to analyze, compare and plan nursing care using the nursing process.

The results of the study found that Case study 1: Thai male patient, age 66 years. Important symptoms: right limb weakness, lethargy, unable to speak, had this 3 hours before coming to the hospital, history of co-morbidities, diabetes, high blood pressure. The patient has a history of not taking medication continuously. The doctor diagnosed acute cerebral infarction and was treated with blood thinners. The patient had no

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

complications. On the day of discharge, the patient had slight weakness in the right leg and was able to perform daily activities. Case study 2: Thai female patient, 63 years old. Important symptoms include left arm weakness, crooked mouth, stiff tongue, unclear speech. Had this 4 hours before coming to the hospital, history of co-morbidities, diabetes, high blood pressure. The doctor diagnosed acute cerebral infraction and was treated with blood thinners. The patient had complications from receiving blood clot-dissolving drugs, including a minor brain hemorrhage. On the day of discharge, the patient had no remaining disability.

Keywords: acute ischemic stroke patients, nursing care for patients receiving blood clot-dissolving drugs

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึงโรคที่มีภาวะความเสียหายของระบบประสาท ซึ่งอาจเป็นเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดของระบบประสาท โดยความเสียหายนั้นเกิดขึ้นทันทีทันใดและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง หรือถึงแก่ชีวิตโดยมีสาเหตุจากปัญหาของหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองแยกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ภาวะเลือดออกในสมองเอง (Spontaneous intracerebral hemorrhage), ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากหลอดเลือดตีตันหรืออุดตัน (Ischemic stroke) และเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Subarachnoid hemorrhage)¹ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ปี 2560 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปีและพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย เป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นเป็นสาเหตุให้เกิดความ

พิการทุพพลภาพอันดับต้นๆ ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง² การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่มขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การรักษาผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดเพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด ลดการสูญเสียการทำงานเพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองได้ทันเวลาและทำให้มีเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดน้อยที่สุด คือการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt-PA (Recombinant Human Tissue-type Plasminogen Activator) ให้ยาทันทีภายหลังจากมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ถึงจะได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ³สามารถลดอัตราความพิการได้ร้อยละ 30 ผู้ป่วยที่ได้รับยาอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด คือภาวะเลือดออกผิดปกติ การมีภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเช่น การมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆและการแพ้ยาเป็นต้น⁴

นโยบาย Service plan, Service excellence ของกระทรวงสาธารณสุขเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่ม การคัดกรอง การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินร่วมกันกับแพทย์อายุรศาสตร์และมีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม



ระบบประสาทในปี พ.ศ.2561และอายุรแพทย์ระบบประสาทในปี พ.ศ.2562โรงพยาบาลกาฬสินธุ์จัดตั้ง Stroke Unit ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข Service plan ในปีพ.ศ.2556 มีการให้บริการการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน เน้นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่รวดเร็วและปลอดภัยโดยใช้ระบบช่องทางด่วน (Fast tract system) เข้ารับบริการภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง หลังเกิดอาการและผู้ป่วยได้รับยา Door to needle time น้อยกว่า 60 นาที (National Stroke Association, 2020)โดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและอายุรแพทย์ระบบประสาทร่วมกันวินิจฉัยโรคเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดและผ่านเกณฑ์ประเมินข้อบ่งชี้ตามแนวปฏิบัติของสถาบันประสาทวิทยาผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและได้รับการสังเกตอาการผิดปกติทางสมองอย่างต่อเนื่องและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA จนครบ 72 ชั่วโมงในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ (Stroke Intensive Care Unit) เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤติวางแผนจำหน่ายหรือย้ายออกไปรับการรักษาที่ยังหอผู้ป่วยใน จากข้อมูลสถิติงานด้านคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันทั้งหมดที่มาใช้บริการ ในปีพ.ศ. 2561 ถึงปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 934 ราย 971 รายและ 993 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยระบบช่องทางด่วนและได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีจำนวน 88 ราย, 76 ราย และ 93 ราย ร้อยละผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที มีจำนวน 71 ราย (80.68%), 63 ราย (82.89%) และ 76 ราย (81.72%) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA มีจำนวน 19 ราย (21.59%), 2 ราย (5.55%) และ 8

ราย (8.60%) และพบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดและเสียชีวิตตามมาจำนวน 1 ราย ในปีงบประมาณ 2561⁵ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PAจำนวน 2 ราย โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วมของผู้ป่วย ประวัติแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เจ็บป่วยกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PAที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2564 – มิถุนายน พ.ศ.2564 จำนวน 2 ราย โดยดำเนินการศึกษา ดังนี้ 1) คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิด

เฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA จำนวน 2 ราย 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ 3) ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ 4) ศึกษาค้นคว้าจากตำราเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย 5) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ 6) ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล 7) สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ 8) เรียบเรียงและเขียนผลงานและ 9) จัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศ ชาย อายุ 66 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 6 สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษา บัตรทอง ภูมิลำเนา จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 11 พฤษภาคม 2564 วันที่จำหน่าย 13 พฤษภาคม 2564 วินิจฉัยโรคแรก รับ Acute ischemic stroke การวินิจฉัยโรค

Acute cerebral infraction S/P rt-PA การตรวจพิเศษ CT Scan

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศ หญิง อายุ 63 ระดับการศึกษา ปริญญาตรี สถานภาพสมรส โสด อาชีพข้าราชการบำนาญ สิทธิการรักษา เบิกได้ กรมบัญชีกลาง ภูมิลำเนา จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 2 มิถุนายน 2564

วันที่จำหน่าย 5 มิถุนายน 2564 วินิจฉัยโรคแรก รับ Acute ischemic stroke การวินิจฉัยโรค

Acute cerebral infraction due to thrombosis การตรวจพิเศษ CT Scan Echo

ตารางที่ 1 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยมีการรับรู้ พบผู้ป่วยนอนซึม แขนขาซีกขวาอ่อนแรงญาตินำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รับรู้ว่าตัวเองมีการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง	ผู้ป่วยรับรู้มาก่อนมาขณะทำกับข้าวแขนซ้ายอ่อนแรง มีอาการปากเบี้ยว ญาตินำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดให้การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วส่งต่อเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. โภชนาการและการและการเผาผลาญอาหาร	ผู้ป่วยดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ โรงพยาบาลให้ดื่มน้ำและอาหารวันแรกเพื่อสังเกตอาการทางสมองหลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด หลังจากนั้นทดสอบการกลืนจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รับประทานอาหารได้ไม่สำคัญอาหาร	รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ โรงพยาบาลให้ดื่มน้ำและอาหารวันแรกเพื่อสังเกตอาการทางสมองหลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด หลังจากนั้นทดสอบการกลืนจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รับประทานอาหารได้ไม่สำคัญอาหาร
3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง



ตารางที่ 1 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ขณะรับการรักษามีอาการอ่อนแรงทางด้านขา นอนพักบนเตียง ปัสสาวะได้เอง	ขณะเจ็บป่วยหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีภาวะ เลือดออกในสมอง แพทย์ให้นอนพักทำกิจกรรม บนเตียง ปัสสาวะได้ไม่มีอาการแสบขัด
4.กิจวัตรประจำวัน	ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองในการทำ กิจกรรมได้ ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) 11 คะแนน	ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองในการทำ กิจกรรมได้บางส่วน ประเมินการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ADL) 13 คะแนน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อวันไม่มี ปัญหาในการนอน เมื่อมาได้รับการรักษาผู้ป่วยมี ความวิตกกังวลในโรคที่เป็นต้นนอนหลับได้	นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวันไม่มีปัญหาใน การนอนไม่เคยใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยนอน หลับได้เป็นช่วงๆ
6. สถิติปัญหา และการรับรู้	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 6 อ่านออก เขียนได้ หลังเจ็บป่วยมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อยไม่ สับสน	ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับปริญญาตรี หลังเจ็บป่วยสื่อสารได้ถูกต้องไม่มีอาการสับสน อาการทางระบบประสาทแรรกับ E4V5M6
7.การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากตนป่วย เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและขาด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ทราบล่วงหน้า รับประทานยาตลอดและพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
8.บทบาทและสัมพันธภาพ ในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัวอาศัยอยู่กับภรรยาและ บุตรขณะรับรักษามีภรรยาและบุตรสาวบุตร เขยคอยดูแล	หลังเกษียณอายุราชการ อาศัยอยู่กับมารดาและ หลาน อยู่บ้านขายของชำ ขณะรักษาตัวใน โรงพยาบาลมีน้องสาวดูแล
9.เพศและการเจริญพันธุ์	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศของ ตนเอง ความสัมพันธ์กับภรรยาเป็นไปด้วยดี	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม หมดประจำเดือนอายุ 48 ปี ไม่มีประวัติมีเพศสัมพันธ์
10.การปรับตัวและการ เผชิญความเครียด	ปกติเมื่อมีเรื่องเครียดจะเล่าและระบายให้ ภรรยาและลูกฟัง การเจ็บป่วยครั้งนี้มีความอ่อนแรงของแขนและ ขาข้างขวาลงหลังการเจ็บป่วยสามารถปรับตัวได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	ปกติเมื่อมีเรื่องเครียดจะเล่าให้ลูกน้องสาวฟัง การเจ็บป่วยครั้งนี้มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงมีแขน และขาซีกซ้ายอ่อนแรงกลัวตัวเองพิการ เมื่อผ่าน ภาวะวิกฤติผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และให้ความ ร่วมมือในการรักษาพยาบาล
11.ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดบ้างตามโอกาส	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธและ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดวันพระและเทศกาลงานบุญ

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผน สุขภาพ	ชายไทย 66 ปี ซีมลงแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ไม่พูด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	หญิงไทย 63 ปี แขนซ้ายอ่อนแรง ปาก เบี้ยวลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 4 ชั่วโมง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการของโรค หลอดเลือดสมองต่างกัน กรณีศึกษา รายที่ 1

ตารางที่. 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			มาด้วยซึมลงแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ไม่พูด กรณีศึกษารายที่ 2 แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด การเจ็บป่วย ทั้งสองรายผู้ป่วยมีภาวะโรครวมคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กรณีศึกษารายที่1 พบปัญหาการขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
2.พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left arm, left leg grade V right arm gradeV, right leg grade III Negative dysarthria Negative facial palsy สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 126 /78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left arm, left leg grade 0 right arm, right leg grade V Positive dysarthria left facial palsy สัญญาณชีพ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 159 /72 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะสมองขาดเลือด กรณีศึกษารายที่ 1 ระดับความผิดปกติ มีพยาธิสภาพ Old cerebral infraction อาการและอาการแสดง แขนขาซีกขวาอ่อนแรง อาการที่พบ motor power left arm, left leg grade V right arm gradeV, right leg grade III Negative dysarthria Negative facial palsy กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะสมองขาดเลือด พยาธิ at right middle cerebral artery infraction สภาวะ lacunar infraction at right internal capsule, suspected clot อาการและอาการแสดง แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยวลิ้นแข็งพูดไม่ชัด
3.แผนการรักษา	ส่งตรวจ CT Scan brain emergency Old cerebral infraction at right caudate nucleus, right external capsule, left basal ganglion and right centrum semiovale white matter	CT Scan พบ Lacunar infraction at right internal capsule, suspected clot at right middle cerebral artery infraction (CT โรงพยาบาลชุมชน.)	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะสมองขาดเลือดแต่มีพยาธิสภาพตำแหน่งที่แตกต่างกัน
	rt-PA 50 mg rt-PA 5.2 mg vein bolus then 44.80 mg vein drip in 1 hr. ยาต่อเนื่อง ASA(300mg) 1 tab OD p.c. -Atrovastatin(40mg) 1 tab hs. -FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c. -Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c.	rt-PA 81.9 mg rt-PA 8.19 mg vein bolus then 73.71 mg vein drip in 1 hr. ยาต่อเนื่อง -Control DTX keep 80-200 mg -Simvastatin(20mg) 1 tab h.s. -FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c. -Plavix (75mg) 1 tab OD p.c.	แผนการรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และสังเกตอาการทางสมองและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยาAtrovastatin (40mg) 1 tab h.s.

ตารางที่. 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	-Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. การตรวจพิเศษ -CT brain NC หลังได้รับ rt-PA 24 hr. การConsult -Consult PM&R -ส่งConsult IMC	-Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. การตรวจพิเศษ -CT brain NC หลังได้รับ rt-PA 24 hr. -Echocardiogram การConsult -Consult PM&R	เนื่องจากผู้ป่วยมีค่า LDL สูง กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยยาSimvastatin (20mg) 1 tab hs. การรักษาตรวจพิเศษได้รับการCTScan หลังได้รับยา rt-PA 24 hr.และได้รับการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทั้ง 2 ราย มีความต่างที่กรณีศึกษารายที่2 EKG มีAtrial fibrillation.ได้ตรวจ Echocardiogram ผลการตรวจพบ Hypertensive heart disease(LVEF=63%)
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	1.การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 2.มีโอกาสดเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 3.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4.มีโอกาสดเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก 5. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซีกขวามืออ่อนแรง 6.มีภาวะHyperglycemia 7.มีภาวะ LDL หรือไขมันในเลือดสูง 8. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรมการรักษาพยาบาล 9.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย	1.การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 2.มีโอกาสดเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 3.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง 5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายกันคือ 1) การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง 2) มีโอกาสดเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 3)เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง และ 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย ส่วนข้อวินิจฉัยที่มีความต่าง คือ 1) มีโอกาสดเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก 2) มีภาวะHyperglycemia 3) มีภาวะ LDL หรือไขมันในเลือดสูง 4) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรมการรักษาพยาบาล
5.การปฏิบัติการพยาบาล 5.1ระยะวิกฤติ	1. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติและได้รับยา rt-PA ตามแผนการรักษา 2. ให้อนุศิระสูง 15-30 องศา 3. ให้ผู้ป่วยพักบนเตียง 24ชั่วโมง 4. จดน้ำและอาหารยกเว้นยา	1. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ และให้ได้รับยา rt-PA ตามแผนการรักษา 2. ให้อนุศิระสูง 15-30 องศา 3. ให้ผู้ป่วยพักบนเตียง 24ชั่วโมง 4. จดน้ำและอาหารยกเว้นยา	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤติอย่างครอบคลุมเป้าหมายในการรักษาคือเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ หลังการรักษาผู้ป่วยมีโอกาสที่สมองจะกลับมาทำงานได้ปกติ เพื่อลดอัตราการ

ตารางที่. 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	5. วัดสัญญาณชีพ • ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง • ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง • ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่แล้ว 6. ให้ออกซิเจนชนิด cannula 3 lit/min ตามแผนการรักษา 7. การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา rt-PA ดังต่อไปนี้ • งดให้ heparin/ warfarin/antiplatelet • งดใส่ NG tube • งดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) • งดเจาะ Arterial blood gas, หรือเจาะหลอดเลือดแดง 8. หลีกเลี่ยงการใส่สายสวน ปัสสาวะภายใน 30 นาที หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 9. สังเกตสีปัสสาวะอาจเป็นสีแดงจางหรือสีเข้มได้ 10. ติดตามประเมินรอยจำเลือดตามผิวหนัง ติดตามสังเกตเลือดออกตามไรฟันอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ผลข้างเคียงของยา rt-PA 11. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ หรือ GSC drop > 2 12. เตรียม Group Match พร้อมใช้ 13. ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก ½- 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่ 14. ให้ 0.9%NSS IV rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา 15. บันทึกสารน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง 16. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 17. ส่งตรวจอิเล็กโทรไลต์และติดตามผลตามแผนการรักษาของแพทย์ 18. ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษา	5. ให้ออกซิเจนชนิด cannula 3 lit/min ตามแผนการรักษา 6. การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้ • งดให้ heparin/ warfarin/antiplatelet • งดใส่ NG tube • งดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) • งดเจาะ Arterial blood gas, หรือเจาะหลอดเลือดแดง 7. หลีกเลี่ยงการใส่สายสวน ปัสสาวะภายใน 30 นาที หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 8. สังเกตสีปัสสาวะอาจเป็นสีแดงจางหรือสีเข้มได้ 9. ติดตามประเมินรอยจำเลือดตามผิวหนัง ติดตามสังเกตเลือดออกตามไรฟันอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผลข้างเคียงของยา rt-PA 10. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติหรือ GSC drop > 2 11. เตรียม Group Match ให้พร้อมใช้ 12. ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก ½- 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่ 13. ให้ 0.9%NSS IV rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา 14. บันทึกสารน้ำเข้าออก ทุก 8 ชั่วโมง 15. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 16. ส่งตรวจอิเล็กโทรไลต์และติดตามผลตามแผนการรักษาของแพทย์ 17. ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษา	ตายและความพิการของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยในระยะวิกฤติ รวมทั้งให้การพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อลดอัตราการตายและความพิการที่จะเกิดขึ้นได้นอกจากนั้นการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นเรื่องที่สำคัญการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและญาติกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ขณะให้การพยาบาลพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการประเมินภาวะ Hyperglycemia และได้รับการตรวจเ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหลังได้รับยา rt-PA ไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมองหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดพบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดผลการตรวจเ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหลังได้รับยา rt-PA พบภาวะเลือดออกในสมองเล็กน้อย

ตารางที่. 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
5.การ ปฏิบัติการ พยาบาล 5.2 ระยะ ดูแล ต่อเนื่อง และฟื้นฟู	-ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งตรวจพิเศษตามแผนการรักษา -CT brain NC หลังได้รับ rt-PA 24 hr. -ASA(300mg) 1 tab OD p.c. -Atrovastatin(40mg) 1 tab h.s. -FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c. -Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c. -Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. -Control DTX keep 80-200 mg -Consult PM&R -ส่งConsult IMC	-ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของ แพทย์ -Simvastatin(20mg) 1 tab h.s. -FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c. -Plavix (75mg) 1 tab OD p.c. -Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. การตรวจพิเศษ -CT brain NCหลังได้รับ rt-PA 24 hr. -Echocardiogram -Consult PM&R	เมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตแล้ว พยาบาลต้องใช้กระบวนการ พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องและฟื้นฟู สภาพของผู้ป่วยตามแผนการรักษา ครอบคลุมปัญหา และทัน เวลา เพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วย การให้ยากลุ่มต้านเกล็ดเลือด (Anti platelet)ในการรักษาร่วมกับยารักษา โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและ ยาลดไขมันในเลือดและส่งปรึกษา แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
5.3 ระยะ วางแผน จำหน่าย	ผู้ป่วยรายที่ 1 กลับบ้านได้อาการทางระบบ ประสาทปกติ GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left arm, left leg grade V right arm gradeV, right leg grade III ส่งConsult IMCก่อน จำหน่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายเนื่องจากมีขา ด้านขวาอ่อนแรงให้คำแนะนำการสังเกต ภาวะผิดปกติ การรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมา ตรวจตามนัด ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อ ติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน	ผู้ป่วยรายที่ 2 กลับบ้านได้อาการทาง ระบบประสาทปกติ GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes Motor power grade V ไม่มี ปัญหาการกลืน อาการปากเบี้ยว ด้านซ้ายดีขึ้นสามารถรับประทาน อาหารได้ ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเฝ้า ระวังประเมินอาการผิดปกติที่เสี่ยงต่อ การสำลักอาหารและการสังเกตอาการ เปลี่ยนแปลงทางสมองให้ผู้ดูแลรับทราบ ถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าวให้มาพบ แพทย์ ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อ ติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน	เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ มี แผนการรักษาให้กลับมาพบแพทย์ 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา และ ได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยการให้
ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA มีความแตกต่างกัน
ของตำแหน่งสมองที่ขาดเลือดและระยะเวลาในการ
ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการ
ดูแลในระยะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการ
ดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตาม
มาตรฐานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการ
พยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม จึงส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อ

ผู้ป่วยช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการ
ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

ผู้ป่วยรายที่ 1 พบว่ามีปัญหาของภาวะสมอง
ขาดเลือดมีพยาธิสภาพคือแขนและขาซีกขวาอ่อน
แรง หลังรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-
PA ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนระดับความรู้สึกตัว
ปกติ หากพบความอ่อนแรงของขาด้านขวาผู้ป่วยไม่
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ จึงประสานงานทีม
Inter mediate care เพื่อดูแลต่อเนื่องสามารถ
จำหน่ายกลับบ้านได้

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA พบภาวะเลือดออกในสมองเล็กน้อย ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรงของแขนและขา ปัญหาปากเปี้ยวด้านซ้ายดีขึ้นสามารถกลืนอาหารได้ไม่ลำบาก ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม จึงส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือด ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 พบ Old cerebral infraction at right caudate nucleus, right external capsule, left basal ganglion and right centrum semiovale. กรณีศึกษารายที่ 2 พบ Lacunar infraction at right internal capsule, suspected clot at right middle cerebral artery infraction ทำให้มีพยาธิสภาพที่แตกต่างกันการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยลดความพิการ กำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยดีขึ้นช่วยลดความพิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการรณรงค์ให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้ทันเวลาจะช่วยลดอัตราการตายและลดความพิการของผู้ป่วยได้ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Closed observe ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติและได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ต้องใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการประเมินและให้การ

ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติของโรคได้ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการคัดกรองประเมินเบื้องต้นรวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วย นอกจากการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติการวางแผนการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งการวางแผนจำหน่ายเป็นอีกบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยในการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือป้องกันการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

ข้อเสนอแนะ

1. การเข้าถึงระบบบริการควรมีการเพิ่มการให้ความรู้ในกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วโดยผ่านช่องทางบริการของ 1669 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้นที่ปลอดภัย
2. การรณรงค์ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ อ้วน และกลุ่มไม่ออกกำลังกาย โดยเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. ควรเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ขยายไปทุกโรงพยาบาลในเขตชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันท่วงที
4. การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนลดความพิการและอัตราการตายที่อาจเกิดขึ้นตามมา



เอกสารอ้างอิง

1. The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke study group. (2018). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med, 333(24),1581-7.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 15; 380:2095-128.
3. Ministry of Public Health. Department of Disease Control. Bureau of Non-Communicable Diseases. Annual report 2017 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2018 [cited 2019 Jun 15]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/NCD_Report60.pdf
4. American Stroke Association.(2018) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10, 2018, from https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมพยายาลโรครบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2560).แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
6. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2561-2563. (คัดสำเนา)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด :

กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of aggressive behavior and Serious Mental Illness with High Risk to Violence due to substance use disorder : 2 Case study

(Received: September 17,2023 ; Revised: September 23,2023 ; Accepted: September 24,2023)

สายรุ้ง ภูณาคำ¹

Sayrung Punakham ¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ระยะผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและการวางแผนจำหน่าย โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การประเมินอาการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา : ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 7 กันยายน 2566 จากกรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 41 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า และกัญชา มีพฤติกรรมก้าวร้าวและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับปานกลาง ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมได้เหมาะสมและกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 49 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า กัญชา และสารระเหย จนเกิดอาการทางจิต ประสาทหลอน มีภาวะหวาดระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง หลังให้การบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดรับประทาน ยาน้ำฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น แต่ยังควบคุมอารมณ์ได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีศึกษารายที่ 1 และมีความคิดหลงผิดที่ยังหลงเหลืออยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณระยะเวลาการใช้สารเสพติด และความกดดันจากการถูกครอบครัวปฏิเสธ การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายจึงมีความจำเป็นต้องส่งต่อภาคีเครือข่ายร่วมดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด เนื่องจากเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด , การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว, พฤติกรรมก้าวร้าว, พฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติด, ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

Abstract

This study is a comparative case study of two patients to investigate the nursing care of patients with aggressive behavior and Serious Mental Illness with High Risk to Violence due to substance use disorder at Psychiatric ward Kalasin Hospital. The study covers the acute care phase, continuous care phase, recovery phase, and discharge planning. Data was collected from patients, their families, and medical records, including symptom assessment, medical history, physical examination, and nursing diagnosis. Nursing care plans were developed, and continuous nursing outcomes assessment was conducted.

Study Results : A comparative study of nursing care for patients with aggressive behavior due to substance use disorder : A case study of two individuals who received treatment at the Psychiatric Ward of Kalasin Hospital from March 1, 2566, to

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

September 7, 2566. Case Study 1: A 41-year-old Thai female who used drugs, methamphetamine and marijuana, exhibited aggressive behavior and a moderate risk of violence. She was treated with psychiatric medications, mood stabilizers, and psychosocial therapy. Her emotions and behaviors were adequately controlled, and she was able to return to her family. Case Study 2: A 49-year-old Thai male who used drugs, methamphetamine, marijuana, and inhalants, developed psychiatric and neurological symptoms, leading to paranoid behavior and a high risk of violence. After receiving treatment with long-acting antipsychotic medication, mood stabilizers, and psychosocial therapy, his emotional control improved, though not as effectively as in Case Study 1. He still had residual delusional thoughts related to the duration of substance use and family rejection. Due to the high risk of violence associated with his psychiatric condition and substance abuse, both case study patients were referred to a comprehensive network for continued care to ensure their safety.

Keywords: Nursing care for substance abuse patients, Nursing care for patients with aggressive behavior, Aggressive behavior, Aggressive behavior due to substance abuse. Serious Mental Illness with High Risk to Violence

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก พบสถิติผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทยที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรงในสังคมเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 3.92 เท่า ในปี 2561 (ข้อมูล บสต. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564) ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรงพบมีการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่นมากที่สุด จำนวน 90 คน รองลงมาเป็นการทำร้ายผู้อื่นจนถึงแก่ความตาย จำนวน 58 คน และทำลายข้าวของ จำนวน 44 คน ตามลำดับ (รายงานจากกรมสุขภาพจิต, 2562) ผู้เสพยาเสพติดยาเสพติดเพียงแค่ 1 คน ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแก่คนในครอบครัว ชุมชน สังคม และหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจส่งผลให้เกิดปัญหาระดับชาติได้

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior) เป็นความรุนแรงที่พบได้ในสังคม องค์อนามัยโลก (WHO) ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงว่า เป็นความตั้งใจที่ใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่หรือกระทำอันตรายต่อตนเอง คนอื่น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลหรือสังคม โดยส่งผลให้เกิดหรือมีความน่าจะเป็นสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ

เสียชีวิต และกระทบกระเทือนทางจิตใจ พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการแสดงออกทางด้านความคิด การพูด ท่าทางการแสดงออกของพฤติกรรม และการกระทำที่รุนแรงขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่เป็นมิตรและรุกรานผู้อื่น เพื่อระบายความโกรธ ความเครียดของตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวที่ก่อความรุนแรงสะท้อนขวัญที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือสังคมมีหลายสาเหตุ แต่ส่วนหนึ่งผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด¹

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติด มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยได้รับความกดดันจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความโกรธ และไม่สามารถจัดการกับความโกรธนั้นได้ เนื่องจากขาดความรู้และทักษะทางสังคม ซึ่งการแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติดเป็นการแสดงออกของพฤติกรรมและการกระทำที่รุนแรงขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่เป็นมิตรและรุกรานผู้อื่น ส่งผลกระทบให้เกิดความรุนแรง เป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน นอกจากนี้การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ติดสารเสพติด เกิดจากสารเคมีในยาเสพติดจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้สมองสร้างสารส่งผ่านประสาทชื่อโดปามีน (dopamine) ส่งผลให้เกิดอาการทางจิต ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง และเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา และเมื่อหมดฤทธิ์ของยาเสพติด ร่างกายขาดสาร

โดปามีนทำให้รู้สึกจิตใจหดหู่หงุดหงิดง่ายหรือซึมเศร้า เรียกอาการนี้ว่า “อาการขาดยา” (withdrawal symptom) เมื่อใช้ยาเสพติดบ่อย ๆ จะทำให้สมองส่วนคิดสูญเสียหน้าที่ในการใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล สมองส่วนนี้อาจจะอยู่เหนือสมองส่วนคิดจะทำอะไร ตามใจตามอารมณ์อยากของตนเองมากกว่าการใช้เหตุผล มักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความโกรธ มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าวตามมา⁷ กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติดนั้นมีสาเหตุหลายปัจจัย ได้แก่ พยาธิสภาพการเจ็บป่วยทางจิต และการไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ ความตึงเครียด ตลอดจนการควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้

หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด จากรายงานสถิติผู้ป่วยสารเสพติดเข้ารับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว ในปีพ.ศ. 2563 จำนวน 193 คิดเป็นร้อยละ 27.06, ปีพ.ศ.2564 จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 43.39, และปีพ.ศ.2565 จำนวน 309 คนคิดเป็นร้อยละ 60.23 พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติดนำไปสู่ ความรุนแรงส่งผลกระทบต่อตัวเอง ครอบครัว ชุมชน การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาและนอนโรงพยาบาลได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทาง คำพูด, พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ, พฤติกรรม ก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง, และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มานอน โรงพยาบาลมีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ปี พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยมาด้วยสาเหตุทำร้ายร่างกายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงจน ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บเป็นคดีความจำนวน 2 คน ทำให้ผู้อื่น เสียชีวิตจำนวน 1 คน พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสาร เสพติดไม่คงที่ ไม่แน่นอน แม้บางครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาอาการสงบเตรียมกลับบ้านยังสามารถเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าวซ้ำได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อ กลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วมักจะมีปัญหา

ขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และยังคงใช้สารเสพติดทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ พฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะเกินขีด ความสามารถของญาติ ครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยกลุ่ม นี้ นับเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวผู้ป่วยถูก ปฏิเสธ และไม่สามารถกลับสู่ครอบครัว และชุมชนได้

ปัญหาผู้ป่วยสารเสพติดมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาที่ เหมาะสม ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวจากสารเสพติด จึงต้องดูแลอย่างครอบคลุมตั้งแต่ ระยะผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) ระยะดูแล ต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและเตรียมจำหน่าย เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดี ลดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับความปลอดภัย สามารถปรับตัวกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคม ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติด โดยเปรียบเทียบ กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence : SMI-V)

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วย พฤติกรรมรุนแรงจากการใช้สารเสพติด 2 ราย โดยได้ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติด อยู่โรงพยาบาล อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช



โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 7 กันยายน 2566 ได้มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ประวัติจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยญาติและคนใกล้ชิดในชุมชน การตรวจร่างกายและการตรวจสภาพจิต (mental status examination) ดำเนินการศึกษาค้นคว้า ตำราเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและแพทย์เฉพาะจิตเวช รวมทั้งการใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมิน สภาพและวางแผนให้การพยาบาลตามทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาว ร่วมกับการดูแลระยะผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟู แบบบันทึกทางการพยาบาล การรักษาของแพทย์ วางแผนการพยาบาล การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การเตรียมจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาเพื่อนำสู่การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น และนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence : SMI-V)

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มารักษา	อะอะโวยวาย อาละวาด จับลูกเป็นตัวประกัน ชุบเงินกับมารดาเพื่อเสพยา เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	อะอะโวยวาย อาละวาด บีบคอมมารดา ใช้มีดจ่อคอบิดา เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1 วันก่อนมาขาดยาและใช้ยาบ้า(แอมเฟตามีน) หงุดหงิด โวยวาย จับลูกชายเป็นตัวประกัน ชุบมารดาจะทำร้ายลูก เพื่อขอเอาเงินไปเสพยา มารดาโทรแจ้งเจ้าหน้าที่เทศบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือและนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล	1 วันก่อนมาใช้ยาบ้า(แอมเฟตามีน) หงุดหงิด โวยวาย มีหูแว่วภาพหลอน หลงผิดคิดว่าญาติจะเอาปืนมายิง หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย หงุดหงิดอาละวาด บีบคอมมารดา ใช้มีดจ่อคอบิดาเพราะคิดว่าบิดามารดาเข้าข้างคนอื่น ญาติจึงแจ้งตำรวจและนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติด กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศ หญิง อายุ 41 ปี ระดับการศึกษา ปริญญาตรี สถานภาพสมรส หม้าย อาชีพธุรกิจส่วนตัว สิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลาเนา.เมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 23 มีนาคม 2566 วันที่จำหน่าย 30 เมษายน 2566 ระยะวันนอนโรงพยาบาล 47 วัน การวินิจฉัยโรค Substance induce Psychosis disorder 1) Amphetamine dependence with Methamphetamine induce Psychosis 2) Marijuanas use

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศ ชาย อายุ 49 ปี ระดับการศึกษา ป.6 สถานภาพสมรส หม้าย อาชีพทำนา สิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลาเนา อ.ห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 8 สิงหาคม 2566 วันที่จำหน่าย 7 กันยายน 2566 ระยะวันนอนโรงพยาบาล 30 วัน การวินิจฉัยโรค Substance induce Psychosis disorder 1) Amphetamine dependence with Methamphetamine induce Psychosis 2) Marijuanas use 3) Stimulance use

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	6 ปีก่อน เคย admit ที่ตึกเมตตา 3 ครั้ง ด้วยการใช้ยาบ้า(แอมเฟตามีน) มีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย ประวัติการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง และยังคงใช้ยาบ้า(แอมเฟตามีน)	10 ปีก่อนเคยมีอาการหงุดหงิดอารมณ์เมื่อมีการเสพยาหนักแต่ไม่เคยเข้ารับการรักษา 8 เดือนก่อนมาหงุดหงิดอารมณ์ จะทำร้ายภรรยาเพราะคิดว่าภรรยาไม่ซื่อสัตย์ถูกไล่ออกจากบ้านกลับมาอยู่กับบิดามารดา ไม่เคยรักษาอาการทางจิต 4 ปีก่อนเคยติดคุกด้วยคดียาบ้า
ประวัติการใช้สารเสพติด	เริ่มเสพยาบ้า(แอมเฟตามีน) ยาไอซ์ ตั้งแต่อายุ 22 ปี ปัจจุบัน เลิกเสพยาไอซ์ เสพยาบ้าบางครั้ง สูบบุหรี่ทุกวัน มีการดื่มกาแฟผสมแอมร็อกซ์ สิบทุกวัน เสพกัญชา 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล	เริ่มเสพยาบ้า (แอมเฟตามีน) ดมกาว ตั้งแต่อายุ 15 ปี มีช่วงเสพห่างออกบ้าง ช่วงอายุ 30 ปี ปัจจุบันเสพยาบ้า (แอมเฟตามีน) เสพกัญชา เป็นประจำ ดมกาว 2 ครั้ง/สัปดาห์ สูบบุหรี่ 5 - 6 มวน/วัน
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยหญิงไทย รับใหม่จาก OPD จิตเวช เวลา 11.42 น. มาโดยรถยนต์ พร้อม จันทศุณย์เพล และ รพภ. 2 ท่าน ไม่มีญาตินำส่ง แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีก้าวร้าวระดับน้อยทางคำพูด (แบบประเมิน OAS = 6 คะแนน) แต่มีประวัติก่อความรุนแรงระดับปานกลาง หงุดหงิด ไม่อยากรักษา ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อยากกลับบ้าน บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์ได้น้อย ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน V/S BT = 36.5 C , PR = 88 /min , RR = 20/min , BP = 109/80 mmHg	ผู้ป่วยชายไทย แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำทางระมัดระวังตัว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีอารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวเสียงดัง มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง (แบบประเมิน OAS = 10) ชูจะทำร้ายคนอื่น ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง (คะแนนแบบประเมิน PVSS = 23 คะแนน) หงุดหงิด ไม่อยากรักษา ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อยากกลับบ้าน บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ Poor insight ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน V/S BT= 36.7 C , PR = 84 /min , RR = 20/min , BP = 119/65 mmHg

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยการพยาบาลมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 41 ปี นัศตาศาสนาพุทธ ความคิดความจำดี สามารถเล่าเรื่องราวที่มีอยู่ในอดีตและปัจจุบันของตนเองได้ ครอบครัวหย่าร้าง มีบทบาทเป็นผู้ตาม Low self esteem เก็บกด มีความขัดแย้งกับมารดา รับรู้ตนเองว่าเครียดหงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ และใช้สารเสพติด สารกระตุ้นเสพยาบ้า ดื่มกาแฟผสมแอมร็อกซ์ เสพกัญชาเพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายควบคุมตัวเองไม่ได้ ก่อนมา 1 วัน	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี นัศตาศาสนาพุทธ ความคิดความจำดี สามารถเล่าเรื่องราวที่มีอยู่ในอดีตและปัจจุบันของตนเองได้ ครอบครัวหย่าร้าง ไม่ค่อยมีบทบาทในครอบครัว Low self esteem เก็บกด มีความขัดแย้งกับมารดา รับรู้ตนเองเป็นผู้ถูกกระทำมาโดยตลอด ไม่มีคนรัก เครียด น้อยใจ โกรธนอนไม่หลับและใช้สารเสพติด สารกระตุ้นเสพยาบ้า เสพกัญชา ดมกาว เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าวหวาดระแวง กลัวคนจะมาทำร้ายควบคุมตัวเองไม่ได้ อยากจะไปทำร้ายคนอื่น ก่อนมา 1 วัน	กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีแบบแผนการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เมื่อมีความเครียดมักใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิดเพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย มีลักษณะอารมณ์เก็บกด มีความขัดแย้งกับครอบครัว มีบทบาทในครอบครัวน้อย ไม่มีความภาคภูมิใจ และมีภาวะ Low self esteem โดยกรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ยาเสพติดหลายชนิดและมีระยะเวลาการเสพติดที่ยาวนานกว่า ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ โกรธ มีความคิดหลงผิดและมีการรับรู้บิดเบือนจากความจริง หูแว่ว ภาพหลอน ที่เด่นชัดมากกว่า
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เอะอะโวยวาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย ทางคำพูด โดยใช้แบบประเมิน OAS (Overt aggressive scale) = 6 คะแนน หงุดหงิด ไม่อยากรักษา ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อยากกลับบ้าน บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์ได้น้อย ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน V/S BT = 36.5 องศาเซลเซียส , PR = 88 /min , RR = 20/min , BP = 109/80 mmHg	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำทางระมัดระวังตัว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าวเสียงดัง มีการก้าวร้าวระดับปานกลาง โดยใช้แบบประเมิน OAS (Overt aggressive scale) = 10 คะแนน ชูจะทำร้ายคนอื่น ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง คะแนนแบบประเมิน PVSS = 23 คะแนน (แบบประเมิน Prasi Violence Severity Scale : PVSS) หงุดหงิด ไม่อยากรักษา ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อยากกลับบ้าน บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์	กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ระดับต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีพฤติกรรมก้าวร้าวคัดกรองด้วยแบบประเมิน OAS(Overt aggressive scale) พบว่ามีพฤติกรรมระดับต่ำ แม้ผู้ป่วยจะมีประวัติกระทำรุนแรงก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งการประเมินมีความครอบคลุมน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับรายกรณีที่ 2 ที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับสูง และได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Prasi Violence Severity Scale: PVSS) พบมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) ระดับ



ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยการพยาบาลมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		ไม่ได้ ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน Poor insight V/S BT= 36.7 องศาเซลเซียส , PR = 84 /min , RR = 20/min , BP = 119/65 mmHg	คะแนนเสี่ยงสูง แต่ผู้ป่วยที่ 2 รายก็ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำเนื่องจากบุคลากรให้ความสำคัญกับการซักประวัติที่ครอบคลุมและการติดตามเฝ้าระวัง และให้การบำบัดรักษาได้ตรงปัญหาและความต้องการเฉพาะราย
3. แผนการรักษา ระยะ Acute care	CBC, Bun, Cr Electrolyte, Ca, Mg, LFT, Urine Amphetamine , marijuanas , Urine Preg test , X-ray <u>Med</u> -Haldol 5 mg IM prn for agitation -Valium 10 g IV prn for agitation -Risperidone (2) 1x1 pc ช, hs -Trihexyphenidyl (2) 1x1 pc ช, hs -Depakine (200) 1xhs -lorazepam (1) 1xhs, 1xpm for insomnia -Elixer Kcl 30 ml oral ทุก 3 hrs x 3 dose - Repeat Electrolyte หลังแก้ K ครบ	CBC, Bun, Cr Electrolyte, Ca, Mg, LFT, Urine Amphetamine , marijuanas , <u>Med</u> -Haldol 5 mg IM prn for agitation -Valium 10 g IV prn for agitation -Risperidone (2) 1x1 pc ช, hs -Trihexyphenidyl (2) 1x1 pc ช, hs -lorazepam (2) 1x1 pc , 1xpm for insomnia - Vit B complex 1x3 pc -Elixer Kcl 30 ml oral x 1 dose - Repeat Electrolyte หลังแก้ K ครบ	แผนการรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการตรวจวินิจฉัยร่วมกับอาการแสดงโดยการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจ Urine Amphetamine , marijuanas ให้ผลบวกที่ 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนทางกายแบบเดียวกันคือภาวะ Hypokalemia ให้การรักษาทางกายและอาการทางจิตด้วย ยาด้านโรคจิตและยาปรับอารมณ์ ที่ใกล้เคียงกันและมีการวางแผนดูแลต่อเนื่องโดยการประสานพื้นที่ OSCC เนื่องจากทั้ง 2 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) แต่เนื่องด้วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการทางจิตที่เด่นชัด มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่สูงกว่าแพทย์จึงให้การรักษาอาการทางจิตแบบต่อเนื่องแบบออกฤทธิ์ระยะยาวเพิ่มเพื่อให้สามารถควบคุมอาการได้
ระยะดูแลต่อเนื่อง	-off Risperidone เดิม -Risperidone (2) 1xpc ช, 2xhs - off depakin เดิม -Depakine (500) 1xhs	- off lorazepam (2) เดิม - lorazepam (2) 1xpm for insomnia - Depakine (200) 1xpc ช, 1xhs	
ระยะเตรียมจำหน่าย	- ประสาน OSCC - Trihexyphenidyl (2) 1x1 pc ช, hs - Risperidone (2) 1xpc ช, 2xhs -Depakine (500) 1xhs	- ประสานทีมพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง - Depakine (500) 1x 2 oral pc - Fluphenazine 50 mg IM ทุก 1 เดือน	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
ระยะ Acute care (อยู่ในระยะเริ่มตัมสัมพันธภาพ (orientation phase) และ ระยะระบุปัญหา (identification phase))			
1.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น ทำลายข้าวของและอาคารสถานที่ เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว	1.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น ทำลายข้าวของและอาคารสถานที่ เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว	1.สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก วิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจ ด้วยท่าที แสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ มีท่าทีเป็นมิตร สงบและมีความรู้สึกปลอดภัย (Safe feeling) 2.พยาบาลยืนห่างจาก ผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต และไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมรุนแรง เพราะคิดว่าพยาบาลจะจูโจม	กรณีศึกษาที่ 1 มีอารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวระดับเล็กน้อย ทางคำพูด (แบบประเมิน OAS = 6 คะแนน) หงุดหงิด อยากกลับบ้าน หลังให้การพยาบาล ปรับแผนการรักษา สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น กรณีศึกษาที่ 2 ยังมีอาการหงุดหงิดก้าวร้าวระดับน้อยถึงปานกลางและเกิดขึ้นบ่อยเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นเนื่องจากมีอาการทางจิตหลงผิดเรื่องถูก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
		3.เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง และกล่าวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ใช้น้ำเสียงที่ นุ่มนวล มั่นคงและชัดเจน 4.ในขณะที่สนทนากับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการจ้องมอง ระมัดระวังการกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวงได้ 5.ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น ทำลายข้าวของ และอาคารสถานที่ เพื่อทราบความรุนแรง และเตรียมการป้องกันได้ทันทั่วทั้งที่ 6.จัดสิ่งแวดลอมเพื่อการบำบัดให้อากาศถ่ายเทสะดวก ลดสิ่งกระตุ้น ดูแลจัดสิ่งแวดลอมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งท่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธของแหลมของมีคม น้ำยาเคมียา เป็นต้น 7.เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน 8.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale : OAS) และให้การรักษาดตามแนวทาง	จ้องทำร้ายและมี Conflict กับครอบครัวยังคงเหลืออยู่ จึงได้รับยาฉีด -Haldol 5 mg IM pm for agitation -Valium 10 g IV pm for agitation และทำการผูกมัด Pm. เพื่อควบคุมอาการ
	2.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้	1. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล 2. แจ้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อขออนุญาตยินยอมผูกมัดผู้ป่วย 3. เตรียมบุคลากรให้เพียงพอ ได้แก่ รพ.ก. ผู้ช่วยเหลือคนใช้คนงาน พยาบาล 4. ดูแลความปลอดภัยของบุคลากร 5.ดำเนินการผูกมัดแบบ 4 จุด คือผูกมัดบริเวณข้อเท้าก่อนและผูกมัดบริเวณข้อมือ 2 ข้าง 6.จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุดและให้อวัยวะส่วนที่ไม่ได้ถูกผูกมัดสามารถเคลื่อนไหวได้ใกล้เคียงให้ 1 – 2 นิ้ว สอดใต้ผ้าได้ แขน ขาต้องไม่บิดเบี้ยวขณะให้การผูกมัดได้คำนึงถึงความปลอดภัยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 7.ประเมินอาการทุก 15 – 30 นาที 8.คลายเครื่องผูกมัดออกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพผิวหนังและข้อบริเวณที่ผูกมัด 9.ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 – 2 ชั่วโมง 10.ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะ หรืออุจจาระตามที่ต้องการ 11.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ	กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ปฏิบัติตามแนวทางผูกมัดและทำการยุติการผูกมัดทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบหรือสามารถควบคุมอารมณ์ได้ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
		12.คลายผ้าผูกมัดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบและยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตราย	
ระยะดูแลต่อเนื่อง อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพลาว			
2.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับ	3.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิด	1. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ง่วง เดินเซ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง คือ ภาวะง่วงนอน แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีเดินเซ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุในระหว่างบำบัดรักษา



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
ยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง	ที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง	3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 4. พิจารณารายงานแพทย์ ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น หรือไม่สุขสบายจนไม่สามารถรับประทานยาได้ 5. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว ใช้ ลิปสติมมัททริมฟปาก รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เปลี่ยนอิริยาบถฯ ๆ เช่น ขณะลุกนั่งหรือเปลี่ยนจากนอนมา เป็นนั่งหรือยืน 6. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถฯ ๆ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ 7. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที	V/S กรณีศึกษาที่ 1 BT= 36.6 องศาเซลเซียส , PR = 88/min , RR = 20/min , BP = 109/80 mmHg V/S กรณีศึกษาที่ 2 BT= 36.7 องศาเซลเซียส , PR = 84 /min , RR = 20/min , BP = 119/65 mmHg ผู้ป่วยอาการสงบ รับประทานยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวชได้ตามแผนการรักษา
4.แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการใช้สารเสพติดและวิตกกังวล	5.แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก นอนไม่เป็นเวลาจากการใช้สารเสพติดและวิตกกังวล	1. รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ประเมินแบบแผนการนอน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วย เนื่องจากการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย อาจเกิดความเครียด 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาเสพติดที่มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำให้ศูนย์การนอนหลับในสมองเปลี่ยนแปลงไป 3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene) 4. ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น 5. เมื่อให้การดูแลและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลข้างต้นแล้ว ไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา 6. ให้ยาตามแผนการรักษา 7. บันทึกการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายสามารถนอนหลับพักผ่อนได้วันละ 7-8 ชั่วโมง เข้านอนเวลา 21.00 น. ตื่นนอนประมาณ 06.00 น. โดยใช้ยาระงับประสาท/ยานอนหลับ
ระบุพื้นฐานและวางแผนจำหน่าย อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) และระยะสิ้นสุด (terminal phase) ของทฤษฎีเพปพลาว			
5.แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม	6.แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม	1. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2. ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการที่ใช้ ในการแก้ปัญหาแบบเดิม ๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีตและส่งเสริมให้คิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น 3. แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้ ทดลองใช้วิธีตามทางที่เลือก แก้ไขข้อเสียของทางเลือกได้เหมาะสม จะส่งเสริมให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น	กรณีศึกษา รายที่ 1 มีแบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดได้ สามารถบอกวิธีการจัดการปัญหาได้ดี ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 2 มีการใช้สารเสพติดหลายชนิดและระยะเวลายาว ไม่ได้รับการรักษา ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่ Function จึงเสียไป ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความสามารถรู้คิดตัดสินใจได้บนพื้นฐานความจริงลดลง จึงมีความจำเป็นต้องให้การบำบัดรักษา ปรับยา และฝึกทักษะทางจิตสังคมบำบัดอย่างต่อเนื่อง จนสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ระยะจำหน่ายไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
		4. แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายโดยใช้กิจกรรม 5. ชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม 6. กระตุ้นเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การปรับตัว แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ 7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติปรับความเข้าใจในการใช้ชีวิต ร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	
6. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	7. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าใน 3. ให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง และเสริมแรงเสริมพลังในการเอาความสามารถที่มี เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในจิตใจ 4. เพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเองในด้านต่าง ๆ สะท้อนคุณค่าในตัวเองหลังจากการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ 5. เพิ่มแรงจูงใจในครอบครัวให้กำลังใจ 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไขลักษณะที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยได้ มีโอกาสแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตัวเอง อันจะเป็นแนวทางให้เกิด ความภาคภูมิใจ ว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ 7. กระตุ้นให้ ผู้ป่วยค้นหาความสามารถ หรือลักษณะเด่นที่ทำให้ภาคภูมิใจทั้งในอดีตและปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนลักษณะทางบวก เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะพัฒนาตัวเองต่อไป 8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม 9. จัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน 10. กระตุ้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษามากขึ้น 11. กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนการดูแลผู้ป่วย 12. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายร่วมกับพยาบาลและ	กรณีศึกษา รายที่ 1 มีมารดาเข้ามาเยี่ยมเป็นประจำมีการรับรู้คุณค่าในตัวเองมากขึ้น อยากเป็นคนดี อยากทำสิ่งดี ๆ เพื่อลูกและมารดา มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น กรณีศึกษา รายที่ 2 ภรรยาหย่าร้าง ไม่มีลูกครอบครัวและชุมชนหวาดกลัวและไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกเครียด โกรธ น้อยใจ รู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง บทบาทของพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะการมีคุณค่าจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจ และปลอดภัย ไม่ทำร้ายตนเอง
7. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา	8. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย 2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม โดยใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดยาเสพติดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 3. ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริมแรงจูงใจ ให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเลิกได้ และชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี เพื่อให้ทราบระดับ	กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยา มีความรู้ และสามารถบอกผลกระทบ โทษและพิษภัยของสารเสพติดได้ มีทักษะการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง โดยกรณีศึกษา ที่ 1 มีแรงจูงใจเลิกเสพยาเพื่อลูกและแม่ กรณีศึกษา ที่ 2 ขาดการยอมรับจากครอบครัว จึงมีโอกาสดังกล่าวกลับไปเสพยาซ้ำ ดังนั้นบุคลากรที่ดูแลจึงต้องเตรียมทีมในการดูแลโดย ส่งพักรักษาต่อที่



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
		ขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและให้คำแนะนำได้ถูกต้อง และเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติต่อเนื่อง 3. ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดี และข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง 4. สอนและฝึก ทักษะปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการคลายเครียดต่าง ๆ 5. สอนวิธีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อมีโอกาสนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แนวทางการเลิกยาเสพติด 7. ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม หรือตอบคำถามได้ถูกต้อง	รพช. จนกว่าครอบครัวจะมีความพร้อมกลับสู่ชุมชน
8. สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากครอบครัวแตกแยก และขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว	9. สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากครอบครัวแตกแยก และขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว	1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับอาการก้าวร้าว หวาดระแวงและวิธีจัดการกับอาการดังกล่าว 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก และแสดงความเข้าใจกันและกัน กระตุ้นการมีส่วนร่วมในครอบครัว 3. สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา และดูแลด้านจิตใจของตนเองอย่างเหมาะสม 4. สังเกตสื่อน้ำขอผู้ป่วยและญาติหลังให้คำปรึกษา และพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วยและญาติ	กรณีศึกษา รายที่ 1 ญาติขอให้อยู่โรงพยาบาลนาน ๆ และพยายายออกจากพื้นที่เดิมไปอยู่ต่างจังหวัด กรณีศึกษา ที่ 2 ญาติปฏิเสธไม่ยินยอมให้กลับสู่ชุมชน จากสถานการณ์การใช้สารเสพติดส่งผลให้กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวภายในครอบครัว และการก่อความรุนแรง ทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ดี ญาติเพื่อหน่วยหวาดกลัว จนเกิดการทอดทิ้ง ไม่อยากรับกลับบ้าน ในบทบาทของพยาบาลจิตเวชจึงต้องให้คำปรึกษา และสร้างความมั่นใจให้กับญาติไม่รู้สึกลดเดี่ยวและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับและปรับตัวเข้าหากัน
9. ผู้ดูแลเครียดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น	10. ผู้ดูแลเครียดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น	1. ให้ความรู้กับผู้ดูแล 2. แนะนำการประเมินสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง 3. เมื่อพบว่า มีสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพียง 1 ครั้งขอให้แจ้งฝ่ายปกครอง หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อการดูแลช่วยเหลือทันที 4. ประสาน อสม. และ รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อดูแลการกินยาและมารับการรักษาต่อเนื่อง 5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวลและให้กำลังใจ 6. แนะนำวิธีการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแล เช่น ฟังเพลง ร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น	กรณีศึกษา รายที่ 1 พบว่าญาติเกิดภาวะเครียด แต่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้และรู้วิธีการสังเกตและขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน กรณีศึกษา รายที่ 2 ญาติเครียดมาก จึงได้ประสานพยาบาลในพื้นที่ลงเยี่ยมและทำการปรึกษา โดยความร่วมมือ ช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายร่วมดูแล ได้แก่ รพช. รพสต. ฝ่ายปกครอง และตำรวจ
10. ส่งเสริมการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านตามหลัก	11. ส่งเสริมการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านตามหลัก	1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ 2. วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย D METHOD	กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีความรู้และเข้าใจ แผนการรักษาและการปฏิบัติตัว โดยกรณีศึกษา ที่ 1 พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน กรณีศึกษา ที่ 2 รอรับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
D -METHOD	D -METHOD	D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องยาเสพติดสาเหตุ การป้องกันเสพยา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจน การสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้เหมาะสมหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้กลับไปเสพยา T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษาพยาบาล H Health การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ O Out patient การมาตรวจตามนัด การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการ การดูแลต่อเนื่อง D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค 2.ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย	และส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่รพ.สักระยะเพื่อให้ญาติ เกิดความมั่นใจในความปลอดภัย

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเสพติดสารเสพติดและมีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยกรณีศึกษารายที่ 1 ขณะรับเข้ารักษามีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อยทางคำพูด (แบบประเมิน OAS = 6 คะแนน) มีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ระดับปานกลาง โดยการจับถูกเป็นตัวประกันเพื่อข่มขู่ขอเงินมารดา กรณีศึกษารายที่ 2 ขณะรับเข้ารักษามีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง (แบบประเมิน OAS = 10) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายบิดา มารดา ด้วยวิธีรุนแรงโดยใช้มีดเป็นอาวุธ และขู่จะทำร้ายคนอื่น ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ระดับสูง (คะแนนแบบประเมิน PVSS = 23 คะแนน) ผลการตรวจ Urine Amphetamine , Urine marijuanas ให้ผลบวกทั้ง 2 ราย มีภาวะทางกายแบบเดียวกันคือภาวะ Hypokalemia ให้การรักษาทางกายจนอาการปกติ กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย

มีลักษณะอารมณ์เก็บกด มีความขัดแย้งกับครอบครัว มีบทบาทในครอบครัวน้อย มีภาวะ Low self esteem กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า (แอมเฟตามีน) และ กัญชา ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด จนอาการสงบ กรณีศึกษารายที่ 2 ใช้สารเสพติดหลายชนิดได้แก่ ยาบ้า กัญชา และสารระเหย จนเกิดอาการทางจิต ประสาทหลอน มีภาวะหวาดระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง หลังให้การบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดรับประทาน ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น แต่ยังควบคุมอารมณ์ได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีศึกษารายที่ 1 และมีความคิดหลงผิดที่ยังหลงเหลืออยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณ ระยะเวลาการใช้สารเสพติด และความกดดันจากการถูกรบกวนรบกวนปฏิสนธิ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความยุ่งยากซับซ้อน บทบาทของพยาบาลจิตเวชจึงต้องใช้ทักษะ ความรู้ และ



ความสามารถที่สูงในการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งระยะผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและเตรียมจำหน่าย โดยการให้การบำบัดรักษาด้วยยาควบคู่กับการทำจิตสังคมบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับความปลอดภัย สามารถปรับตัวกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้ ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 เป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) คะแนนระดับปานกลาง สามารถปรับตัวกลับไปอยู่ในครอบครัวและสังคมได้โดยมีมารดาเป็นผู้ดูแลและได้รับการส่งต่อเครือข่าย OSCC ร่วมดูแล กรณีศึกษา รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) คะแนนระดับสูง และได้รับการส่งต่อดูแลในเครือข่ายรพช.เพื่อเตรียมพร้อมการกลับสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป โดยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง อปท. และตำรวจ

สรุปการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม โดยการประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ รพช. รพสต. ชุมชนฝ่ายปกครอง อปท.และตำรวจ เพื่อส่งต่อข้อมูลตลอดจนช่วยดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม และติดตามเข้าสู่การรักษาเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมความรุนแรงซ้ำ และให้ได้รับความปลอดภัยสูงสุดทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว OAS (Overt Aggressive Scale : OAS) สามารถบอกระดับความรุนแรงที่เป็นเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ และการซัก

ประวัติที่ครอบคลุมยังมีความสำคัญและควรใช้แบบประเมินอื่นร่วมด้วยเช่นแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) ซึ่งจะช่วยให้การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2.จากการศึกษากรณีพบว่าการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการรักษาด้วยยาสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ระดับหนึ่งแต่ยังพบว่าแม้ว่าผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาสงบยังสามารถเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อีกเมื่อได้รับการกระตุ้นต่าง ๆ ในทางลบ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมลดพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นสาเหตุในเชิงลึกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์พฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องระยะยาว โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.ควรมีการนำผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วยให้เป็นรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการพยาบาล

4.ควรมีการออกแบบระบบการดูแลและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและติดยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่และมีความครอบคลุมทุกหน่วยบริการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด โดยยึดนโยบายการดูแลระบบเครือข่ายสาธารณสุข ได้แก่ อสม. บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง รพ.สต. / PCC และรพช. ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง อปท. และตำรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
2. กิริติยา อุ่นเจริญ. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 10. นครพนม: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านห่อม อำเภอเมืองนครพนม.
3. ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2564). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในกลุ่มเลือกสรร: บุคลิกภาพผิดปกติพฤติกรรมก้าวร้าว และการถูกทารุณกรรม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
4. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.(2559).การพยาบาลจิตเวช Psychiatrist Nursing.(พิมพ์ครั้งที่2). บริษัท สแกนอาร์ต จำกัด
5. นริสา วงศ์พนารักษ์. (2561). การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 13. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์ กาเกะเยีย.
6. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. กรุงเทพมหานคร.
7. ปราณี ทัพไพเราะ. (2559). คู่มือยา HAND BOOK OF DRUGS. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : N P Press Limited Partnership
8. มุกข์ดา ผดุงสยาม.(2561). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร บริษัท นิโอ ดิจิตอล จำกัด
9. สมควร จุลอักษร, ภัทรจิตต์ ศักดา และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 3. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
10. อารี จันไดและปรียา ภูวนาธิข. (2561). ผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อความรู้ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยสารเสพติดในโรงพยาบาลปากท่อ. จังหวัดราชบุรี.วารสารพยาบาล 67(1), 40-45.
11. Helen V.Laitano , AmandaEly , Anne O.Sordi , Felipe B.Schuch , FlavioPechansky , ThiagoHartmann, Juliana B.Hilgert, Eliana M.Wendland, LisiaVon Dimen, Juliana N. Scherer, Alessandra MendesCalixto, Joana C.M.Narvaez, FelipeOrnell, Félix H.P. Kessler. Anger and substance abuse: a systematic review and meta-analysis. 2022;44(1):103-110.
12. Stephen T. Chermack, PhD, Erin E. Bonar, PhD , Mark A. Ilgen, PhD, Maureen A. Walton, PhD, Rebecca M. Cunningham, MD , Brenda M. Booth, PhD., et al. Developing an Integrated Violence Prevention for Men and Women in Treatment for Substance Use Disorders. 2017; 32(4): 581–603.



การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยแบบนอน ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Comparison of postoperative outcomes after elective inguinal hernia repair between one day surgery and inpatient surgery in King Narai Hospital

(Received: September 11, 2023 ; Revised: September 17, 2023 ; Accepted: September 19, 2023)

พงษ์เดช จารุงฤทธิ์¹

Phongdet Chaorungrit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยแบบนอนในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนจำนวนกลุ่มละ 35 คน โดยเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: จากการศึกษพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างด้านข้อมูลทั่วไปยกเว้นข้างที่ทำผ่าตัด ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีระยะเวลาในห้องผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ 6, 12 ชั่วโมง การใช้ยาแก้ปวดเพิ่มหลังการผ่าตัด ค่ารักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีระดับความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: ไส้เลื่อนที่ขาหนีบ, การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, ผ่าตัดแบบนอนในโรงพยาบาล, ผลการผ่าตัด

Abstract

This research was randomized controlled trial. The objective was to compare the results of inguinal hernia surgery in patients undergoing same-day surgery and patients undergoing a stay-up appointment at Phrananarai Maharat Hospital. Sample size were 70 patients was diagnosed with inguinal hernias and divided into 35 patients who had elective inguinal hernia repair of one day surgery and 35 patients who had surgery with inpatient surgery. General information, Surgery results and complications between 2 groups were compared. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test and t-test.

Results: The study found that the two groups were not different in general information except on the surgical side of inguinal. The patient with elective inguinal hernia repair of one day surgery had a period of time in the operating room. Postoperative pain levels at 6, 12 hours, the analgesic using after surgery and hospital treatment expenses of the patient with elective inguinal hernia repair of one day surgery were lower than the inpatient surgery ($p < 0.05$). The occurrence of postoperative complications was not different in the 2 groups of patients and patients with elective inguinal hernia repair of one day surgery had a significantly higher satisfaction level than patients with inpatient surgery ($p < 0.05$).

Keywords: inguinal hernia, one day surgery, inpatient surgery, postoperative outcomes

บทนำ

ไส้เลื่อนขาหนีบ เป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยในศัลยเวชปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากผนังหน้าท้องบางจุดมีความอ่อนแอหรือหย่อนผิดปกติ ส่วนมาก

เป็นความผิดปกติที่เป็นมาแต่กำเนิด ทำให้ลำไส้ที่อยู่ข้างใต้ไหลเลื่อนทะลักเข้าไปเห็นเป็นก้อนตุ่ง พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 25 เท่า และส่วนมากพบในวัยกลางคนจนถึงสูงอายุ อาการหลักของไส้เลื่อนขา

¹ พบ.โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

หนักคือจะคลำได้ก่อนบริเวณขาหนีบบักพบข้างขวา มากกว่าข้างซ้ายและอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น มีความรู้สึกปวดหน่วงที่ก้น การวินิจฉัยโรคไส้เลื่อน ทำได้จากการตรวจร่างกายเป็นหลัก โดยจะตรวจทั้งในท่านอน ท่ายืนและให้ผู้ป่วยออกแรงเบ่ง ซึ่งการวินิจฉัยจะทำได้ไม่ยาก การเกิดไส้เลื่อนเกิดจากหลายปัจจัยเสี่ยง เช่น น้ำหนักตัวมาก อ้วน ยกของหนักบ่อยๆ ไอเรื้อรัง เบ่งอุจจาระและปัสสาวะเป็นประจำ เป็นต้น นอกจากนี้การมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคไส้เลื่อนจะมีโอกาสเป็นไส้เลื่อนมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติครอบครัว หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบควรได้รับการผ่าตัดซ่อมไส้เลื่อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้ตามปกติ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไส้เลื่อนค้ำดันกลับเข้าไม่ได้ (Incarcerated hernia) และอาจเกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด (Strangulated hernia)

ในอดีตการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ นิยมทำการผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบ (General anesthesia) หรือการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) ซึ่งจำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้าไว้รักษาภายในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักใช้เวลาประมาณ 3 วัน 2 คืน โดยในวันแรกเป็นการนัดผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล ทำการเจาะเลือด เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเตรียมความพร้อมอื่นๆ และนอนรอ 1 คืน แล้วจึงทำการผ่าตัดในวันต่อมา หลังจากผ่าตัดเสร็จพักฟื้น 1 คืน และในวันที่ 3 จึงสามารถกลับบ้านได้ การผ่าตัดและรักษาดังกล่าวทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมทั้งวิธีการระงับความเจ็บปวดด้วยการดมยาสลบหรือการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปัสสาวะคั่ง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า^{1,2,3}

ปัจจุบันได้มีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขในการผลักดันให้มีการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบในภาวะที่ไม่ฉุกเฉินแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) จุดประสงค์เพื่อช่วยลดระยะเวลาที่ใช้ในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาในการรอคอยผ่าตัด ลดความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล

รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ขาหนีบที่เข้ามารับการผ่าตัดทั้งในภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน จำนวน 142 ราย, 151 ราย, 134 ราย, 148 ราย และ 193 ราย ตามลำดับ มีการดำเนินการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ซึ่งที่ผ่านมาไม่เคยมีการศึกษาผลของการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับในผู้ป่วยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด โดยผลที่ได้จะนำไปปรับปรุงบริการการผ่าตัดไส้เลื่อนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยแบบนอนในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial : RCT)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่เข้าเกณฑ์และได้รับการผ่าตัดตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยจะทำการแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่เข้าเกณฑ์และได้รับเป็นผู้ป่วยนอนเพื่อทำการผ่าตัด

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่เข้าเกณฑ์และได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 15 ปี
2. ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายไม่เกิน 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร

3. ASA classification 1 หรือ 2

ขนาดตัวอย่าง กำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ได้จากการคำนวณค่า effect size เท่ากับ 0.56 (ขนาดกลาง) อำนาจการทดสอบ (Power analysis-1-6) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant- α) เท่ากับ 0.05 นำมาเข้า G* program ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การใช้ยาละลายลิ่มเลือด ASA Classification ชนิดของไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ข้างที่เป็น

ส่วนที่ 2 ผลการผ่าตัด ประกอบด้วย ระยะเวลาในห้องผ่าตัด ระยะเวลาในห้องพักฟื้น ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ 6, 12 ชั่วโมง การใช้ยาแก้ปวดเพิ่มหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและค่ารักษาในโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของ นัยนา ภาณุศุขย์, วิมลภา ช่างเจรจา, สุนันท์ นกทอง (2562)⁴ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ 1 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด 2 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย 3 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 4 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก 5 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน คือ

คะแนน 1.00 - 1.79 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

คะแนน 1.8 - 2.59 มีความพึงพอใจน้อย

คะแนน 2.6 - 3.39 มีความพึงพอใจปานกลาง

กลาง

คะแนน 3.4 - 4.19 มีความพึงพอใจมาก

คะแนน 4.2 - 5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด

ขั้นตอนการวิจัย

1. ทำการแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มโดยจับฉลากเลือกวิธีการผ่าตัด

กลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่เข้าเกณฑ์และได้รับเป็นผู้ป่วยในเพื่อทำการผ่าตัด โดยในกลุ่มนี้การผ่าตัดไส้เลื่อนทำโดยศัลยแพทย์ ผ่าตัด โดยใช้วิธี Modified Lichtenstein's Hernioplasty และใช้ Polypropylene mesh ในการเย็บเสริมความแข็งแรงของผนังหน้าท้อง มีการให้ยา Prophylactic antibiotics ทุกเคสโดยใช้ยา cefazolin 1 gm เทคนิคการใช้ยาสลบมีทั้งการให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block) และการดมยาสลบ (General anesthesia) โดยขึ้นกับดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะถูกย้ายมาสังเกตอาการในห้องพักฟื้น หลังจากสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นแล้วจะส่งกลับหอผู้ป่วย แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะเป็นผู้ดูแลต่อเนื่องและพิจารณาให้กลับบ้านได้ตามความเหมาะสม

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่เข้าเกณฑ์และได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยในกลุ่มนี้การผ่าตัดไส้เลื่อนทำโดยศัลยแพทย์ ใช้เทคนิคการผ่าตัดไส้เลื่อน Modified Lichtenstein's Hernioplasty และใช้ Polypropylene mesh เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและใช้วิธีระงับความรู้สึกด้วยยาชาเฉพาะที่^{5,6} ดังนี้

1. ทำการเตรียมยาชาโดยใช้ส่วนผสม 1% xylocaine with adrenaline 30 มิลลิลิตร 0.5% bupivacaine 20 มิลลิลิตร และ 0.9% NaCl 20 มิลลิลิตร ทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัดด้วย povidine เสร็จแล้วปูผ้าผ่าตัดตามมาตรฐานการผ่าตัดแบบปลอดเชื้อ

2. เริ่มต้นทำการฉีดยาชาเฉพาะที่โดยฉีดที่ตำแหน่ง 2 เซนติเมตร เหนือและเยื้องมาด้านในจากตำแหน่ง anterior superior iliac spine โดยใช้ยาชาผสมแล้ว 10 มิลลิลิตร โดยฉีดเข้าไปในชั้นใต้

ต่อ external oblique aponeurosis เพื่อทำการ block เส้นประสาท

3. หลังจากนั้นใช้ยาชาผสม 10 มิลลิลิตร ฉีดในตำแหน่งที่จะลงมีดผ่าตัดโดยฉีดในชั้น dermis และ subcutaneous หลังจากนั้นเริ่มทำการผ่าตัด โดยเปิดแผลผ่าตัดจนเห็นชั้น external oblique aponeurosis ทำการฉีดยาชาผสมเข้าไปในชั้นใต้ต่อ ชั้นนี้โดยใช้ยาชาผสม 10 มิลลิลิตรจากนั้นทำการ ผ่าตัดเปิด external oblique aponeurosis

4. ฉีดยาชาผสมเพิ่มเติมตรงตำแหน่ง lateral ของกระดูก pubic tubercle และตำแหน่ง บริเวณ conjoint tendon อีกประมาณ 10 มิลลิลิตร หลังจากนั้นทำการคล้อง spermatic cord และมอง หาถุงไส้เลื่อนโดยถ้าเป็นชนิด direct inguinal hernia จะใช้วิธีดันถุงไส้เลื่อนกลับคืนช่องท้อง แต่ถ้าเป็นชนิด indirect inguinal hernia จะทำการ แยกถุงไส้เลื่อนออกจาก spermatic cord และ จะทำการฉีดยาชาผสมที่ถุงไส้เลื่อนตรงตำแหน่ง deep inguinal ring อีกประมาณ 1-2 มิลลิลิตรก่อนทำการ เย็บผูกและตัดถุงไส้เลื่อน

5. เสริมความแข็งแรงของผนังหน้าท้อง โดยวาง Polypropylene mesh จากนั้นทำการห้าม เลือด และ เย็บ ปิด ชั้น external oblique aponeurosis และชั้น skin แล้วจึงปิดแผลโดย วิธีการกดห้ามเลือด

หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะถูกย้ายมาสังเกตอาการ ในห้องพักฟื้น เมื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัดแล้วพบว่า ตื่น รู้ตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปวดแผลไม่มาก จึง อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้และจะมีการโทรถาม อาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในวันถัดไป

2. ประเมินระยะเวลาในห้องผ่าตัด ระยะเวลาในห้องพักฟื้น ระดับความปวดหลังผ่าตัด ที่ 6,12 ชั่วโมง การใช้ยาแก้ปวดเพิ่มหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ระดับความพึงพอใจหลังผ่าตัดและ ค่ารักษาในโรงพยาบาล

3. ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการนัดหมายให้มา ตรวจหลังผ่าตัดประมาณ 2 สัปดาห์ ในวันนัดพบ แพทย์ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการซักถามและ ตรวจหาภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม รวมทั้งได้รับการ

ซักถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อวิธีการผ่าตัดที่ ตนเองได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่ ได้รับการผ่าตัด ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลไร้ พารามิเตอร์สองกลุ่ม ใช้ Chi-square test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสองกลุ่ม ใน ข้อมูลพารามิเตอร์มีการกระจายเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ ทดสอบ Independent t-test สำหรับข้อมูลมีการ กระจายไม่เป็นโค้งปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test กำหนดให้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติโดยใช้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 95% (P-value < 0.05)

ผลการศึกษา

ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบทั้งหมด 70 คน เป็นผู้ป่วยนัดนอนเพื่อผ่าตัด จำนวน 35 คน และเป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียว กลับจำนวน 35 คน ผู้ป่วยแบบนัดนอนผ่าตัดส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 57.40 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.14 Kg/m² ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 18 คน (ร้อยละ 51.43) รองลงมาคือเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 20.00) มีการใช้ ยาละลายลิ่มเลือด ASA จำนวน 5 คน (ร้อยละ 14.28) ASA Classification Class I จำนวน 26 คน (ร้อยละ 74.28) ชนิดของไส้เลื่อนเป็น Indirect inguinal hernia จำนวน 32 คน (ร้อยละ 91.43) ส่วนใหญ่เป็นข้างขวา จำนวน 21 คน (ร้อยละ 60.00) ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 58.23 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.38 Kg/m² ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 19 คน (ร้อยละ 54.32) รองลงมาคือเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จำนวน 5 คน (ร้อยละ 14.28) มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ASA จำนวน 3 คน (ร้อยละ 8.00) ASA Classification Class I จำนวน 27 คน (ร้อยละ 77.14) ชนิดของไส้เลื่อน

เป็น Indirect inguinal hernia จำนวน 34 คน (ร้อยละ 97.15) ส่วนใหญ่เป็นข้างซ้าย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 54.28) ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าข้อมูลพื้นฐานไม่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นข้างที่เป็นไส้เลื่อน (ตารางที่ 1)

ในส่วนข้อมูลผลการผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มสามารถผ่าตัดสำเร็จทั้งหมด โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการผ่าตัดและวิธีการระงับความรู้สึก พบว่าระยะเวลาในห้องผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ 6 ชั่วโมง และ 12 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม โดยพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับใช้เวลาเฉลี่ยในห้องผ่าตัด 49.57 ± 5.60 นาที ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ 6 ชั่วโมง และ 12 ชั่วโมง คือ 3.31 ± 1.23 คะแนน และ 1.88 ± 1.56 คะแนน ซึ่งน้อยกว่าในผู้ป่วยแบบนอนผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยแบบนอนผ่าตัดใช้เวลาเฉลี่ยในห้องผ่าตัด 52.40 ± 5.53 นาที ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ 6 ชั่วโมง 12 ชั่วโมง คือ 6.23 ± 1.47 คะแนน และ 2.95 ± 1.73 คะแนน และมีความแตกต่างของการใช้ยาแก้ปวดเพิ่มหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ป่วยแบบนอนผ่าตัดมีจำนวนการใช้ยาแก้ปวด 18 คน (ร้อยละ 51.43) ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจำนวน 1 คน (ร้อยละ

2.85) ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีจำนวน 1 ราย ที่มีการคลื่นไส้ หลังจากได้นอนพักอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้ โดยไม่ต้องนอนสังเกตอาการต่อในโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยแบบนอนผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 2 ราย ได้แก่ 1 ราย มีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ ตรวจพบมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากการงดน้ำและอาหาร ได้รับการแก้ไข ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น และอีก 1 ราย มีอาการปัสสาวะไม่ออกภายหลังผ่าตัด ได้รับการสวนปัสสาวะทั้งจากนั้นปัสสาวะออกได้ปกติ ไม่พบก้อนเลือดที่แผลผ่าตัด ไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ค่ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับน้อยกว่าผู้ป่วยแบบนอนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่ารักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ $7,665.07 \pm 41.10$ บาท ในขณะที่ผู้ป่วยแบบนอนผ่าตัดมีค่ารักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย $11,294.27 \pm 35.84$ บาท สำหรับข้อมูลระดับความพึงพอใจพบว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีระดับคะแนนความพึงพอใจ 4.97 ± 0.17 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยแบบนอนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบ

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยนอนนอนเพื่อผ่าตัด (n=35)	ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (n=35)	p-value
อายุ(ปี)	57.40 ± 12.50	58.23 ± 7.67	0.739
ค่าดัชนีมวลกาย(Kg/m ²)	22.14 ± 3.29	21.38 ± 7.24	0.438
โรคประจำตัว			
- HT	7 (20.00)	5 (14.28)	0.058
- DM	2 (5.71)	1 (2.85)	
- COPD	0 (0)	1 (2.85)	
- BPH	3 (8.57)	2 (5.71)	
- CKD	1 (2.86)	2 (5.71)	
- > 1 โรค	4 (11.43)	5 (14.28)	
- ไม่มีโรคประจำตัว	18 (51.43)	19 (54.32)	
การใช้ยาละลายลิ่มเลือด ASA	5 (14.28)	3 (8.00)	0.471
ASA Classification			

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบ

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยนอนนอนเพื่อผ่าตัด (n=35)	ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (n=35)	p-value
-Class I	26 (74.28)	27 (77.14)	0.095
-Class II	9 (25.72)	8 (22.85)	
ชนิดของไส้เลื่อนที่ขาหนีบ			
- Indirect inguinal hernia	32 (91.43)	34 (97.15)	0.324
- Direct inguinal hernia	3 (8.57)	1 (2.85)	
ข้างที่เป็น			
- ขวา	21 (60.00)	16 (45.28)	0.008*
- ซ้าย	14 (40.00)	19 (54.28)	
ระยะเวลาในห้องผ่าตัด (นาทิต)	52.40±5.53	49.57±5.60	0.007*
ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ 6 ชั่วโมง	6.23±1.47	3.31±1.23	0.000*
ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ 12 ชั่วโมง	2.95±1.73	1.88±1.56	0.003*
การใส่ยาแก้ปวดเพิ่มหลังการผ่าตัด	18 (51.43)	1 (2.85)	0.000*
ภาวะแทรกซ้อน			
- Hematoma	0	0	0.647
- Severe pain (Pain score ≥ 7)	0	0	
- Urinary retention	1(2.00)	0	
- Nausea หรือ vomiting	0	1(2.00)	
- Dizziness	1(2.00)	0	
- Scrotal swelling	0	0	
- Nerve injury	0	0	
- Surgical site infection	0	0	
ค่ารักษาในโรงพยาบาล	11,294.27 ± 35.84	7,665.07 ± 41.10	0.000*
ระดับความพึงพอใจ	4.69 ± 0.53	4.97 ± 0.17	0.002*

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ข้อมูลพื้นฐาน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การใช้ยาละลายลิ่มเลือด ระดับ ASA Classification ชนิดของไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นข้างที่เป็นไส้เลื่อนขาหนีบ ซึ่งไม่มีผลต่อความยากในการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

เมื่อศึกษาถึงระยะเวลาในห้องผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันด้านระยะเวลาที่ในห้องผ่าตัด โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีระยะเวลาในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 49.57±5.60 นาที ในขณะที่ผู้ป่วยนอนนอนเพื่อผ่าตัดมีระยะเวลาในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 52.40±5.53

นาทิต อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยนอนนอนเพื่อผ่าตัดทุกรายจะได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าทางไขสันหลังซึ่งขั้นตอนนี้จะใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ในการฉีดยาเข้าทางไขสันหลังและประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้เวลารวมในห้องผ่าตัดนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ใช้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเฉพาะที่ก่อนทำการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเป็นผู้ฉีดยาและประเมินความเจ็บปวดก่อนเริ่มผ่าตัด

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันด้านความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด โดยในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีการใส่ยาแก้ปวดเพิ่มหลังการผ่าตัดน้อยกว่าคือมีเพียง 1 ราย และยังพบว่าระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ 6 ชั่วโมง

และ 12 ชั่วโมง น้อยกว่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับใช้วิธีการให้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งในการศึกษานี้คือการใช้ 1% xylocaine with adrenaline 30 มิลลิลิตร ผสมกับ 0.5% bupivacaine 20 มิลลิลิตร โดยการให้การระงับความเจ็บปวดก่อนที่จะเกิดการกระตุ้นความเจ็บปวดจะช่วยลดความไวของตัวรับความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลง และยามีฤทธิ์ระงับปวดที่ยาวนานกว่า จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดหลังการผ่าตัดน้อยกว่าและมีการใช้ยาฉีดแก้ปวดเพิ่มหลังผ่าตัดน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยนอนเพื่อผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{7,8} เมื่อหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความเจ็บปวดน้อยกว่ายอมทำให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วกว่า ส่งผลให้กลับบ้านได้เร็วขึ้น รวมทั้งหลังจากการฉีดยาชาสองตำแหน่งแรกเสร็จแพทย์และทีมผ่าตัดจะคอยพูดคุยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายก่อนเริ่มผ่าตัดประมาณ 2-3 นาที และในช่วงระหว่างผ่าตัดจะมีวิสัญญีพยาบาลคอยพูดคุยเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย คลายกังวล ซึ่งอาจส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง

ด้านภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พบว่าในผู้ป่วยนอนเพื่อผ่าตัดมีภาวะ Urinary retention 1 ราย Dizziness 1 ราย ในขณะที่ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีภาวะ Nausea vomiting 1 ราย ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,10} ที่พบว่าการผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) มีความปลอดภัย ภายหลังการผ่าตัดไม่พบหรือพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย

การศึกษาวិเคราะห์ส่วนของค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยนอนเพื่อผ่าตัดอย่างชัดเจนมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,11}

ด้านระดับความพึงพอใจ จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่นอน

โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจมากกว่า เนื่องจากหลังการผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้โดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล มีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดน้อยกว่าสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น รวมทั้งลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียจากการนอนโรงพยาบาล

กล่าวโดยสรุป การผ่าตัดใส่เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับให้ผลการรักษาที่ดี มีความปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยไม่แตกต่างจากการนัดผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดอายุและโรคประจำตัวไม่มีผลต่อการผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่มากขึ้น และผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจมากกว่า รวมถึงการรักษาในโรงพยาบาลที่น้อยกว่า และการลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลยังส่งผลดีในด้านอื่น ได้แก่ ช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาว่าการผ่าตัดใส่เลื่อนแบบ One day surgery ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและผลสำเร็จของการผ่าตัดเป็นที่น่าพอใจของทีมผู้ให้การดูแลรักษาตลอดทั้งได้รับความพึงพอใจจากผู้ป่วยและญาติ จึงควรนำวิธีการผ่าตัดไปใช้ในผู้ป่วยใส่เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ และขยายบริการยังกลุ่มโรคอื่น เช่น Hydrocele Hemorrhoid

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงนุชรินทร์ อักษรดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการวิจัย และเผยแพร่ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Moreira H Jr, Moreira JP, Isaac RR, et al. Morphine spinal block anesthesia in patients who undergo an open hemorrhoidectomy: a prospective analysis of pain control and postoperative complications. *Ann Coloproctol.* 2014; 30(3):135-140.
2. Hutsacha Nueaitong. The Incidence of Spinal Anesthetic Complications: A Case Study in Kosumpisai Hospital, During the Year 2009-2011. *Srinagarind Med J* ,2012; 27(3): 297-301.
3. นิภาพันท์ สาสิงห์, วราภรณ์ เชื้ออินทร์, ทิพย์วรรณ มุกนำพร, กาญจนา อุปปัญ และสมยงค์ ศรีชัยปัญหา. สำนวณภาวะปัสสาวะคั่งหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค Spinal หรือ Epidural Block ชนิดฉีดครั้งเดียวในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์ เวชสาร.* 2551; 23 : 311-318.
4. นัยนา วัฒนบุศย์, วัลลภา ช่างเจรจา, สุนันท์ นกทอง. ผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในโรงพยาบาลบึงกาฬ. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา.* 2562; 2(4): 50-58.
5. พิชัย พงศ์มันจิด. ประสบการณ์การผ่าตัดโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ 1,000 รายแรก. *วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป ประเทศไทย,* 2553; 6(12): 16-22.
6. Parviz K.Amid, Alex. G. Shulman. Local anesthesia for inguinal hernia repair step-by-step procedure. *Annals of surgery.* 1994; 220(6): 735-737.
7. Dahl JB, Møiniche S. Pre-emptive analgesia. *Br Med Bull.* 2004; 71: 13-21.
8. เอกชัย ผดุงภักดีวงศ์. ผลลัพธ์ขั้นต้นของการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. *วารสารเวชการและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง.* 2561; 299-304.
9. ขวลิต สงครามยส. การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างการใช้อาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังในโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.* 2563; 23(3): 48-56.
10. ลลิตา ราชีวงศ์. การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลมุกดาหาร. *สรรพสิทธิเวชสาร,* 2563; 20(5): 93-99.
11. กมล ภัฏญาประสิทธิ์. การเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบระหว่างการฉีดยาชาเฉพาะที่และการฉีดยาชาเข้าที่ช่องน้ำไขสันหลัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2558; 24(6): 1167-1172.



ปัจจัยเสี่ยงในการแพ้ยาปฏิชีวนะ : การศึกษาแบบ case-controlled study ของโรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช

Risk factors of antibiotic drug allergy: the case-controlled study of King Narai hospital

(Received: September 14, 2023 ; Revised: September 17, 2023 ; Accepted: September 19, 2023)

ชยภัทร ต่างวิวัฒน์¹

Chayapat Tangwiwat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังด้วยวิธี case-controlled study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการแพ้ยา และปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะแพ้ยาที่รุนแรงในกลุ่มที่มีการแพ้ยา ดำเนินวิจัยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในและนอกที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยได้รับยาปฏิชีวนะ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก (Multiple logistic regression)

ผลการวิจัยพบว่าจากจำนวนผู้ป่วยที่แพ้ยา 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.45) อายุ 60 ปี (ร้อยละ 43.64) อายุเฉลี่ย 54.87 ปี ข้อมูลการแพ้ยา ส่วนใหญ่เป็นยา Penicillin (ร้อยละ 33.64) รองลงมา Amoxicillin (ร้อยละ 19.09) Ceftriaxone (ร้อยละ 19.09) เป็นการได้รับยาชนิดนี้ครั้งแรกในชีวิต (ร้อยละ 59.09) เป็นการแพ้ยา dose แรกของการรักษา (ร้อยละ 30.00) ระยะเวลาที่เกิดอาการแพ้ยา เป็นแบบเฉียบพลัน (ร้อยละ 19.09) อาจเป็นการแพ้แบบเฉียบพลัน 1- < 6 ชั่วโมง (ร้อยละ 57.27) เป็นแบบไม่เฉียบพลัน 6 ชั่วโมง ขึ้นไป (ร้อยละ 23.64) เป็นระดับรุนแรง (ร้อยละ 11.82) อาการแพ้ยาส่วนใหญ่เป็นระบบผิวหนัง Cutaneous system (ร้อยละ 37.27) รองลงมาเป็นระบบทางเดินหายใจ Respiratory system (ร้อยละ 7.27) ปัจจัยเสี่ยงในการแพ้ยาปฏิชีวนะเมื่อวิเคราะห์คร่าวละปัจจัย (univariate analysis) พบว่า อายุ เพศ ประวัติโรคภูมิแพ้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับยา มีความสัมพันธ์กับการแพ้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อวิเคราะห์คร่าวละหลายปัจจัย (multivariate analysis) พบว่า อายุ เพศ ประวัติโรคภูมิแพ้ของครอบครัว ร่วมกันทำนายความสัมพันธ์กับการแพ้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : ยาปฏิชีวนะ, การแพ้ยา, ปัจจัยเสี่ยงการแพ้ยา

ABSTRACT

Objective: The objective of this research is to analyze the risk factors associated with antibiotic drug allergies and identify predictive factors for severe drug allergies within the population groups affected by drug allergies.

Method: This study utilized a retrospective approach through a case-control design conducted between October 1, 2018, and September 30, 2022. The target population consisted of both inpatients and outpatients who received antibiotic treatment at the King Narai Hospital. The chosen instrument for data collection was a data recorder. Descriptive statistics and multiple logistic regression analysis were employed to analyze the gathered data.

Result: Among the 110 patients with drug allergies, the majority were female (75.45%), with the highest proportion being aged 60 years (43.64%) and an average age of 54.87 years. Regarding information on antibiotic allergies, it has been observed that amoxicillin (19.09%) and ceftriaxone (19.09%) are the most frequently identified culprits. It was observed that 59.09% of the patients were receiving this type of medication for the first time in their lives, and 30% experienced an allergic reaction after the first dose of treatment. The duration of drug allergy symptoms was categorized as immediate (<1 hour) for 19.09% of patients, an allergic reaction occurring within 1 to less than 6 hours is 57.27% of patients, the symptoms occurring after 6 hours or more for 23.64% of patients, and severe symptoms for

¹ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

11.82% of patients. The most common allergic symptoms were related to the cutaneous system (37.27%), followed by the respiratory system (7.27%).

Regarding the risk factors associated with antibiotic allergies, the univariate analysis demonstrated that age, gender, family history of allergies, and duration of drug exposure were statistically significant factors ($p < 0.05$). Furthermore, the multivariate analysis revealed that a statistically significant relationship between antibiotic allergies and age, gender, and family history of allergies could be predicted ($p < 0.05$).

Keywords: antibiotics, drug allergy, drug allergy risk factors

บทนำ

ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction: ADR) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจและเป็นอันตรายเมื่อใช้ยานั้นในขนาดปกติ ไม่ว่าจะใช้ด้วยจุดประสงค์ใดก็ตาม (WHO, 1972) เป็นสาเหตุหนึ่งของอาการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมนุษย์ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ อาการข้างเคียงจากยา และการแพ้ยา โดยปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์นี้พบได้ราว 10–20% ของผู้ป่วยใน 25% ในผู้ป่วยนอก และโดย 6–10% ของปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ทั้งหมดเกิดจากการแพ้ยา (ตำราโรคภูมิแพ้, 2022) ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับผู้ป่วย เช่น ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือพิการ เป็นการเพิ่มผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการเลี้ยงดูผู้พิการ ซึ่งเป็นผลกระทบทางอ้อม

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแพ้ยาได้แก่ ชนิดของยา วิธีการใช้ยา และลักษณะของผู้ป่วย โดยปัจจัยเสี่ยงจากตัวยาเอง คือขนาดและโครงสร้างของตัวยา วิธีการใช้ยา เช่น การให้ยาแบบไม่ต่อเนื่อง การให้ยาผ่านทางหลอดเลือดดำ การให้ยาซ้ำหลายครั้ง ทำให้เกิดการแพ้ยามากขึ้น การที่ผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่ เพศหญิง ติดเชื้อ HIV มีประวัติแพ้ยาอื่น ๆ อยู่เดิม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้พบการแพ้ยามากขึ้น (Gomes ER, Demoly P. Epidemiology of hypersensitivity drug reactions. Curr Opin Allergy Clin Immunol, 2005) ในการศึกษาแบบ Systematic Review ของ Smyth, Gargon, Kirkham, Cresswell, Golder,

Smyth, et al. (2012) ยังพบว่า งานวิจัยด้าน ADR ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาระยะเวลาของอาการแพ้ยาที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการศึกษา และสถานพยาบาลที่วิจัยแตกต่างกันก็จะให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันด้วย ส่วนการศึกษาในประเทศไทย เช่น การศึกษาของโรงพยาบาลศิริราชพบว่าร้อยละ 50 ของภาวะแพ้แบบ anaphylaxis เกิดจากการแพ้ยา (Jirapongsananuruk O, Bunsawansong W, Piyaphanee N, Visitsunthorn N, Thongngarm T, Vichyanond, P., 2007)

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 536 เตียง มีจำนวนผู้มารับบริการจำนวนมาก โดยในปี 2564 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชพบผู้ป่วยที่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจำนวน 169 ราย โดยในจำนวนนี้พบเป็นภาวะแพ้แบบ anaphylaxis หรือ Severe cutaneous adverse drug reactions (SCAR) ซึ่งเป็นภาวะที่มีอัตราการตายสูงรวมอยู่ด้วย และยาปฏิชีวนะเป็นยาที่พบเป็นสาเหตุการแพ้ส่วนใหญ่ ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจะทำให้สามารถเตรียมความพร้อมและระวังภาวะดังกล่าวได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางคลินิก ระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะแพ้ยา และ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแพ้ยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการแพ้ยา



3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะแพ้ยาที่รุนแรงในกลุ่มที่มีการแพ้ยา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาย้อนหลังด้วยวิธี case-controlled study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยในและนอกที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยได้รับยาปฏิชีวนะระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 48,924 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในและนอกที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยได้รับยาปฏิชีวนะระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

2. มีการบันทึกในเวชระเบียนครบถ้วน

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของ Robert V. Krejcie and W.Morgan

$$n = \frac{X^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + X^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

$X^2 = 3.84$ คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

$N = 48,924$ คือ ขนาดประชากร

$P = 0.50$ คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

$e = 0.05$ คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน สุ่มแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูล HosXp โดยใช้

โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน ได้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แพ้ยา (case) จำนวน 110 คน กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่แพ้ยา (Control) จำนวน 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว โรคที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะนั้น ยาที่ใช้อยู่ ประวัติโรครุณมิแพ้ของผู้ป่วยและครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการแพ้ยา ประกอบด้วย ชนิดของยาปฏิชีวนะ อาการแพ้ยา ระยะเวลาที่เกิดอาการแพ้ยา ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา

4. การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.91 และความเชื่อมั่นโดยวิธีเคราะหส์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) ของครอนบาค เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลแบบแจกแจง (categorical data) จะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และ ร้อยละ ในขณะที่ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) แต่ถ้าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ (Asymmetrical distribution) จะนำเสนอโดยค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR)

ใช้สถิติ Chi square test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$ การหาปัจจัยทำนายใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น

95% CI แสดงอัตราปัจจัยเสี่ยงครวละปัจจัยด้วย
Odds ratio (OR) ครวละหลายปัจจัยด้วย
Adjusted Odds ratio (OR_{adj})

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่แพ้ยาและผู้ป่วยที่ไม่แพ้ยา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	ผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะ		p-value
	ผู้ป่วยที่แพ้ยา (n=110)	ผู้ป่วยที่ไม่แพ้ยา (n=110)	
เพศ			
-ชาย	27 (24.55)	47 (42.73)	0.015*
-หญิง	83 (75.45)	63 (57.27)	
อายุ			
-18-30 ปี	15 (13.64)	11 (10.00)	0.002*
-31-40 ปี	12 (10.91)	23 (20.91)	
-41-50 ปี	14 (12.73)	26 (23.64)	
-51-60 ปี	21 (19.09)	22 (20.00)	
-60 ปีขึ้นไป	48 (43.64)	28 (25.45)	
Mean ± S.D.	54.87±18.77	49.44±15.34	
โรคประจำตัว			
-ไม่มีโรคประจำตัว	93 (84.55)	100 (90.91)	0.059
-มีโรคประจำตัว	17 (15.45)	10 (9.09)	
-HT	2	3	
-DM	2	2	
-COPD	1	-	
-Gout	1	-	
-ลมชัก	2	-	
-CA	2	1	
-DLP	1	-	
-CVA	1	1	
-CKD	-	1	
-BPH	-	1	
-> 1 โรค	5	1	
โรคที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะนั้น			
-นิ่วทางเดินปัสสาวะ	3 (2.73)	1 (0.91)	
-บาดแผล	5 (4.55)	12 (10.91)	
-ฟันและเหงือกอักเสบ	2 (1.82)	5 (4.55)	
-หนองใน	1 (0.91)	-	
-Appendicitis	1 (0.91)	-	
-Bacterial infection	9 (4.09)	10 (9.09)	
-Carcinoma	1 (0.91)	1 (0.91)	
-Cellulitis/ Skin infection	4 (3.64)	4 (3.64)	
-DM foot	2 (1.82)	1 (0.91)	

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่แพ้ยาและผู้ป่วยที่ไม่แพ้ยา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	ผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะ		p-value
	ผู้ป่วยที่แพ้ยา (n=110)	ผู้ป่วยที่ไม่แพ้ยา (n=110)	
-Fx mandible	2 (1.82)	-	
-Otitis/ Sinusitis	9 (4.09)	9 (4.09)	
-Pharyngitis/Tonsillitis/URI	28 (24.54)	24 (21.82)	
-Pneumonia	21 (19.09)	13 (11.82)	
-Pre med OR	3 (2.73)	4 (3.64)	
-PUP	1 (0.91)	-	
-Sepsis	11 (10.00)	17 (15.45)	
-UTI	7 (6.36)	9 (4.09)	
ประวัติโรคมุมิแพ้ของผู้ป่วย			
-มี	12 (10.91)	5 (4.55)	0.044*
-ไม่มี	98 (89.09)	105 (95.45)	
ประวัติโรคมุมิแพ้ของครอบครัว			
-มี	11 (10.00)	2 (1.82)	
-ไม่มี	99 (90.00)	108 (98.18)	
ประวัติการแพ้ยา			
-มี	29 (73.63)	17 (15.46)	
-ไม่มี	81 (26.37)	93 (84.54)	

* Chi square test (p<0.05)

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่แพ้ยาและผู้ป่วยที่ไม่แพ้ยา มีความแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติโรคมุมิแพ้ของผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยแพ้ยาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.45) อายุ 60 ปี (ร้อยละ 43.64) อายุเฉลี่ย 54.87 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.55) โรคประจำตัวที่เป็น ส่วนใหญ่มีมากกว่า 1 โรค ได้แก่

ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลขณะนั้น ส่วนใหญ่ คือ Pharyngitis/Tonsillitis/URI (ร้อยละ 24.54) รองลงมา Pneumonia (ร้อยละ 19.09) มีประวัติโรคมุมิแพ้ (ร้อยละ 10.91) มีประวัติโรคมุมิแพ้ของครอบครัว (ร้อยละ 10.00)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการแพ้ยา (n=110)

ข้อมูลการแพ้ยา	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของยาปฏิชีวนะ		
-Amoxicillin	21	19.09
-Ampicillin	4	3.64
-Augmentin	7	6.36
-Cefazolin	3	2.73
-Cefditoren	1	0.91
-Ceftazidime	2	1.82
-Ceftriaxone	21	19.09
-Cephalexin	1	0.91

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการแพ้ยา (n=110)

ข้อมูลการแพ้ยา	จำนวน	ร้อยละ
-Cloxacillin	2	1.82
-Dicloxacillin	6	5.45
-Penicillin	37	33.64
-Piperacillin	5	4.55
ทางในการให้ยา		
-IV	73	66.36
-Oral	37	33.64
เป็นการได้รับยาชนิดนี้ครั้งแรกในชีวิต		
-ใช่	65	59.09
-ไม่ใช่	31	28.18
-ไม่ทราบ	14	12.73
เป็นการแพ้ยา dose แรกของการรักษา		
-ใช่	33	30.00
-ไม่ใช่	77	70.00
ระยะเวลาที่เกิดอาการแพ้ยา		
-1 ชั่วโมง	21	19.09
-> 1-< 6 ชั่วโมง	63	57.27
-6 ชั่วโมง ขึ้นไป	26	23.64
ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา		
-รุนแรง	13	11.82
-ไม่รุนแรง	97	88.18

จากตารางที่ 2 พบว่าข้อมูลการแพ้ยา ส่วนใหญ่เป็นยาปฏิชีวนะ Penicillin (ร้อยละ 33.64) รองลงมา Amoxicillin (ร้อยละ 19.09) Ceftriaxone (ร้อยละ 19.09) ทางในการให้ยาส่วนใหญ่เป็นยาฉีด (ร้อยละ 66.36) เป็นการได้รับยาชนิดนี้ครั้งแรกในชีวิต (ร้อยละ 59.09) เป็นการแพ้ยา dose แรกของ

การรักษา (ร้อยละ 30.00) ระยะเวลาที่เกิดอาการแพ้ยา เป็นแบบฉับพลัน คือ ภายใน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 19.09) > 1-< 6 ชั่วโมง (ร้อยละ 57.27) เป็นแบบไม่ฉับพลัน 6 ชั่วโมง ขึ้นไป (ร้อยละ 23.64) เป็นระดับรุนแรง (ร้อยละ 11.82)

ตารางที่ 3 แสดงอาการแพ้ยาตามระบบของร่างกาย (n=110)

อาการแพ้ยา	จำนวน	ร้อยละ
Cutaneous system	82	37.27
Respiratory system	16	7.27
Cardiovascular system	7	3.18
Oral and gastrointestinal system	10	4.55

หมายเหตุ 1 คนมีมากกว่า 1 ระบบ

จากตารางที่ 3 พบว่าอาการแพ้ยาตามระบบของร่างกายส่วนใหญ่เป็นระบบผิวหนัง Cutaneous

system (ร้อยละ 37.27) รองลงมาเป็นระบบทางเดินหายใจ Respiratory system (ร้อยละ 7.27)



ตารางที่ 4 แสดงอาการแพ้ยา (n=110)

อาการแพ้ยา	จำนวน	ร้อยละ
Cutaneous system		
MP rash	21	9.55
Urticaria/angioedema	15	6.82
Conjunctivitis/chemosis	5	2.27
Pruritus or paresthesia	3	1.36
Flushing	4	1.82
General pruritus	35	15.91
Intraoral angioedema	5	2.27
Respiratory system		
Dyspnea	1	0.45
Throat tightness	11	5.00
Cardiovascular system		
Shock	1	0.45
Syncope	7	3.18
Tachycardia	1	0.45
Oral and gastrointestinal system		
Nausea	1	0.45

หมายเหตุ 1 คนมีมากกว่า 1 อาการ

จากตารางที่ 4 พบว่า อาการแพ้ยาที่พบมากที่สุดคือระบบผิวหนัง 5 อันดับแรก ได้แก่ General pruritus (ร้อยละ 15.91) MP rash (ร้อยละ 9.55) Urticaria/angioedema (ร้อยละ 6.82) Intraoral angioedema (ร้อยละ 2.27) Conjunctivitis/

chemosis (ร้อยละ 2.27) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ Throat tightness (ร้อยละ 5) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ Syncope (ร้อยละ 3.18) ระบบทางเดินอาหาร Nausea (ร้อยละ 0.45)

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยเสี่ยงในการแพ้ยาปฏิชีวนะ

ปัจจัย	ผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะ				univariate analysis		multivariate analysis	
	ผู้ป่วยที่แพ้ยา		ผู้ป่วยที่ไม่แพ้ยา		OR (95% CI)	p-value	OR _{adj} (95% CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. อายุ								
< 60 ปี	63	57.27	83	75.45	1	0.005*	1	0.003*
> 60 ปี	47	42.73	27	24.55	2.29(1.29-4.07)		0.41(0.22-0.74)	
2. เพศ								
ชาย	27	24.55	47	42.73	1	0.021*	1	0.025*
หญิง	83	75.45	63	57.27	1.97(1.10-3.52)		0.50(0.27-0.91)	
3. ประวัติโรคภูมิแพ้ของผู้ป่วย								
ไม่มี	98	89.09	105	95.45	1	0.086		
มี	12	10.91	5	4.55	0.38(0.13-1.14)			
4. ประวัติโรคภูมิแพ้ของครอบครัว								
ไม่มี	99	90.00	108	98.18	1	0.022*	1	0.013*

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยเสี่ยงในการแพ้ยาลูกชีวนะ

ปัจจัย	ผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะ				univariate analysis		multivariate analysis	
	ผู้ป่วยที่แพ้ยาลูกชีวนะ		ผู้ป่วยที่ไม่แพ้ยาลูกชีวนะ		OR (95% CI)	p-value	OR _{adj} (95% CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ไข้	11	10.00	2	1.82	0.16(0.03-0.77)		7.36(1.53-5.30)	
5. ทางที่ให้ยา								
IV	73	66.36	68	61.82	1	0.821		
Oral	37	33.64	42	38.18	0.82(0.47-1.42)			
6. ระยะเวลาที่ได้รับยา								
< 7 วัน	100	90.91	107	97.27	1	0.051*	1	0.155
> 7 วัน	10	9.09	3	2.73	3.56(1.95-3.33)		2.66(0.69-1.29)	

*(p<0.05)

จากตารางที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงในการแพ้ยาลูกชีวนะเมื่อวิเคราะห์คร่าวละปัจจัย (univariate analysis) พบว่า อายุ เพศ ประวัติโรคภูมิแพ้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับยา มีความสัมพันธ์กับการแพ้ยาลูกชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เมื่อวิเคราะห์คร่าวละหลายปัจจัย (multivariate analysis) พบว่า อายุ เพศ ประวัติโรคภูมิแพ้ของครอบครัว ร่วมกันทำนายความสัมพันธ์กับการแพ้ยาลูกชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 6 แสดงปัจจัยเสี่ยงในการแพ้ยาแบบรุนแรง

ปัจจัย	ผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะ				univariate analysis		multivariate analysis	
	รุนแรง		ไม่รุนแรง		OR (95% CI)	p-value	OR _{adj} (95% CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. อายุ								
< 60 ปี	9	69.23	54	55.67	1	0.023*	1	0.010*
> 60 ปี	4	30.77	43	44.33	4.53(1.23-16.75)		4.23(1.45-12.30)	
2. เพศ								
ชาย	3	23.08	24	24.74	1	0.896		
หญิง	10	76.92	73	75.26	1.09(0.27-4.31)			
3. ประวัติโรคภูมิแพ้ของผู้ป่วย								
ไม่ใช่	2	15.38	10	10.31	1	0.632		
ใช่	11	84.62	87	89.69	0.63(0.12-3.26)			
4. ประวัติโรคภูมิแพ้ของครอบครัว								
ไม่ใช่	0	0	11	11.34				
ใช่	13	100	86	88.66				
5. ทางที่ให้ยา								
Oral	5	38.46	32	32.99	1			
IV	8	61.54	65	67.01	1.12(0.37-3.31)	0.849		
6. ระยะเวลาที่ได้รับยา								
< 7 วัน	13	100	87	89.69				
> 7 วัน	0	0	10	10.31				

*(p<0.05)

จากตารางที่ 6 ปัจจัยเสี่ยงในการแพ้ยาปฏิชีวนะแบบรุนแรง เมื่อวิเคราะห์คราวละปัจจัย (univariate analysis) พบว่า อายุ ทางที่ให้ยา มีความสัมพันธ์กับการแพ้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อวิเคราะห์คราวละหลายปัจจัย (multivariate analysis) พบว่า อายุ เป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการแพ้ยาแบบรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่แพ้ยาและผู้ป่วยที่ไม่แพยามีความแตกต่างกัน ด้าน เพศ อายุ ประวัติโรคภูมิแพ้ของผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยแพ้ยาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 54.87 ปี โรคประจำตัวส่วนใหญ่มีมากกว่า 1 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ส่วนใหญ่โรคที่ต้อง เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลขณะนั้น คือ Pharyngitis/Tonsillitis/URI รongลงมา Pneumonia อาการแพ้ยาตามระบบของร่างกายส่วนใหญ่ เป็นระบบผิวหนัง (Cutaneous system) รongลงมาเป็นระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) อาการแพ้ยาที่พบมากที่สุดคือ ระบบผิวหนัง 5 อันดับแรก ได้แก่ General pruritus, MP rash, Urticaria/ angioedema, Intraoral angioedema และ Conjunctivitis/ chemosis ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษา ของ อรทัย พิบูลโกคานันท์ และคณะ ที่ศึกษาการแพ้ยาแบบรุนแรงในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า ระบบที่เกิดอาการแพ้ยามากที่สุด คือ Cutaneous (ร้อยละ 86) Respiratory (ร้อยละ 80) Cardiovascular (ร้อยละ 52) และ Oral and gastrointestinal (ร้อยละ 36) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชนี โตทับเที่ยง และคณะ ศึกษาการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มารักษาที่ศูนย์โรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ศูนย์โรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะอาการของผื่นแพ้ยาที่พบบ่อยที่สุดคือ Maculo-papular rash ร้อยละ 39 รongลงมาคือ urticaria และ angioedema ร้อยละ 34 และ eczematous eruption ร้อยละ 15 แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลจะพบว่าอาการแพ้ยาส่วนใหญ่เป็นลักษณะไม่เฉียบพลัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับลักษณะ

ผื่น จึงมีความเป็นไปได้ที่การวินิจฉัยการแพ้ยาคลาดเคลื่อนตั้งแต่ต้น

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยแพ้ยาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ความสัมพันธ์กับการแพ้ยา ซึ่งจากข้อมูลทางระบาดวิทยาเพศหญิงจะมีความเสี่ยงของการแพยามากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะการเกิดผื่นแพ้ยา และมีบางการศึกษาในยา lamotrigine พบว่า เพศหญิงมีอุบัติการณ์การเกิดผื่นสูงกว่าเพศชาย (Baldo & Pham, 2020; Wong et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยพบว่า ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง ร้อยละ 57.86 ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการแพ้ยา ได้แก่ เพศหญิง ($p = 0.034$)

อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการแพ้ยา โดยผู้ที่มีอายุ > 60 ปี มีโอกาสแพ้ยา 0.69 เท่าของผู้ที่มีอายุ < 60 ปี (OR_{adj} (95% CI): 0.69 [1.72-2.10]) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ฐาปนัท นาครุฑ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางผิวหนังจากยาคาร์บาเมซีปในผู้ป่วยชาวไทย พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการแพ้ยา

ประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยทางพันธุกรรม จากการศึกษาคพบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการแพ้ยา โดยมีรายงานถึงการแพ้ยาบางชนิดที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ HLA ที่จำเพาะ เช่น การเกิด SJS/ TEN จากยา allopurinol และ carbamazepine สัมพันธ์กับผู้ที่มี HLA-B*58:01 และ HLA-B*15:02 ตามลำดับ (Mayorga C, 2019: พรธณินภา กิตติพงษ์พัฒนา, 2564) สอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่า HLA-B*15:02 มีความสัมพันธ์กับการเกิด SJS/TEN จากยา CBZ ทั้งในผู้ป่วยชาวจีน อินเดีย มาเลเซีย และไทย¹⁰

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ประวัติโรคภูมิแพ้ของผู้ป่วย ทางที่ให้ยา ระยะเวลาที่ได้รับยา ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับการแพ้ยาในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อ

การเกิดผื่นแพ้ยาหรือไม่ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้ยังมีน้อยเกินกว่าที่จะสรุปผลเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ได้ ซึ่งในการศึกษามีจำนวน 1 ราย ที่มีประวัติโรคภูมิแพ้ หลังจากได้รับยา Cefazidime เกิดอาการแพ้ยาที่รุนแรง แสดงให้เห็นว่าโรคภูมิแพ้ น่าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพ้ยา แต่เมื่อเกิดการแพ้ยาแล้วมักมีอาการรุนแรงกว่าคนทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา เพื่อเป็นการยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดอาการแพ้ยาปฏิชีวนะ จึงน่าจะมีการศึกษาต่อไปในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและความหลากหลายมากขึ้น โดย

อาจทำการศึกษาในหลายๆ สถาบัน หรืออาจศึกษาแบบอภिवิเคราะห์ (meta-analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น

2. ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาปฏิชีวนะที่มีอาการเฉียบพลัน และเป็นแสดงทางผิวหนังที่ไม่รุนแรง อีกทั้งอาการเฉียบพลันเหล่านี้ไม่ได้เกิดตั้งแต่ dose แรกของการให้ยาในรอบนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่การวินิจฉัยภาวะแพ้ยาอาจมีความคลาดเคลื่อน จึงควรที่จะได้รับการทดสอบการแพ้ยาเพื่อยืนยันว่าแพ้ยาจริงหรือไม่ โดยหากทดสอบแล้วไม่พบการแพ้ยา ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์ทั้งในแง่การใช้ยาได้หลากหลายชนิดและตรงโรคมากขึ้น สามารถรักษาโรคติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- 1.ฐานันท์ นาคครุฑ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกันพันธุกรรมกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางผิวหนังจากยา carbamazepine ในผู้ป่วยชาวไทย [ระดับวิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- 2.รุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้; 5(2):46-55
- 3.Chang, C. C., Too, C. L., Murad, S., & Hussein, S. H. (2011). Association of HLA-B*1502 allele with carbamazepine-induced toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome in the multi-ethnic Malaysian population. International journal of dermatology; 50(2): 221-224.
- 4.Gomes ER, Demoly P. (2005). Epidemiology of hypersensitivity drug reactions. Curr Opin Allergy Clin Immuno; 5: 309-16.
- 5.Gomes, E. R., & Kuyucu, S. (2017). Epidemiology and risk factors in drug hypersensitivity reactions. Current Treatment Options in Allergy, 4(2), 239-257.
- 6.Jirapongsananuruk O, Bunsawansong W, Piyaphanee N, Visitsunthorn N, Thongngarm T, Vichyanond, P. (2007). Features of patients with anaphylaxis admitted to a university hospital. Ann Allergy Asthma Immunol;98:157-62.
- 7.Khan DA, Banerji A, Blumenthal KG, Phillips EJ, Solensky R, White AA, et al. (2022). Drug allergy: A 2022 practice parameter update. J Allergy Clin Immunol.
- 8.Munoz, C. R., Picado, C., Valero, A., & Bartra, J. (2016). Mechanisms of Anaphylaxis Beyond IgE. Invest Allergol Clin Immunol; 26(2): 73-82.
- 9.Pham, D. L., Kim, J. H., Trim, T. H., & Park, H. S. (2016). What we Know about Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs Hypersensitivity. Korean J. Intern Med; 31(3): 417-432.
- 10.Tassaneeyakul, W., Tiamkao, S., Jantararoungtong, T., Chen, P., Lin, S. Y., Chen, W.H., Konyoung, P., Khunarkornsiri, U., Auvichayapat, N., & Pavakul, K. (2010). Association between HLA-B* 1502 and carbamazepine-induced severe cutaneous adverse drug reactions in a Thai population. Epilepsia; 51(5): 926-930.
- 11.WHO. International drug monitoring: the role of national centers. (1972). Report of a WHO meeting. World Health Organ Tech Rep Ser; 498: 1-25.
- 12.Wang, Q., Zhou, J.-q., Zhou, L.-m., Chen, Z.-y., Fang, Z.-y., Yang, L.-b., Cai, X.-d., Dai, Q.-l., Hong, H., & Wang, H.-x. (2011). Association between HLA-B* 1502 allele and carbamazepine-induced severe cutaneous adverse reactions in Han people of southern China mainland. Seizure; 20(6): 446-448.



การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ: กรณีศึกษา

Nursing care for diabetic patient with hypoglycemia: A case study

(Received: September 14,2023 ; Revised: September 17,2023 ; Accepted: September 19,2023)

วิไลวรรณ สุพรรณ¹

Wilaiwan Supan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลการศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 28 เมษายน 2566 ด้วยอาการสำคัญ มาตรวจตามนัด มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ขณะรับการดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอก ในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม โดยพยาบาลประเมินคัดกรอง ชักประวัติ ประเมินแบบแผนสุขภาพ แก่ไขระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังได้รับการตรวจรักษา แพทย์วินิจฉัยมี ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ จึงให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประสานการส่งต่อผู้ป่วย นอนโรงพยาบาล ได้ติดตามผู้ป่วยในขณะที่นอนโรงพยาบาล รวมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 4 พฤษภาคม 2566 รวมอยู่โรงพยาบาล 6 วัน แพทย์นัดติดตามผลการรักษาที่ห้องผู้ป่วยนอก และได้รับการดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคเบาหวาน, ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

ABSTRACT

This study was case study aimed to studied nursing care for diabetic patient with hypoglycemia. Results of the study: Thai female patient, age 81 years, was admitted to the hospital on 28 April 2023 with significant symptoms and was checked according to doctor appointment. Before hospital admission, before checking, during checking, and after checking, the patient had dizziness and palpitations. In order for patients to receive prompt and appropriate checking and treatment, nurses evaluated screening, taking history, and evaluating health patterns and treated hypoglycemia and send for laboratory testing after receiving treatment. The doctor diagnosed patient with hypoglycemia and has a mineral salt imbalance. Therefore patient was admitted to hospital. Nurse coordinated and transferred patients for hospital admission and followed up during patient admission in the hospital and giving the advice the taking care of patients themselves and changing the behavior of using insulin injections. The patient was safe and had no complications. The patient was discharged on 4 May 2023, including 6 days of hospital admission. Doctor made an appointment to follow up on treatment at the outpatient room and the patient was received continuous care.

Keywords: nursing care, diabetes, hypoglycemia

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของเกือบทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อ

ผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น กรรมพันธุ์ ความอ้วน อายุที่มากขึ้น การมีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประมาณการว่ามีประชากรทั่วโลกเป็นผู้ป่วยเบาหวานมากถึง

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

463 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่า ในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน ส่วนจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยสำรวจโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 876,970 คน 941,226 คน และ 990,276 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าและรายใหม่จำนวน 10,416 ราย, 10,320 ราย และ 10,398 รายตามลำดับ ในขณะที่โรงพยาบาลบ้านหมี่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ปี 2563-2565 จำนวน 3,280 ราย, 3,277 ราย และ 3,792 ราย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹⁻⁵

จากจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C < 7) ร้อยละ 30.33 , 34.04 , 38.59 ตามลำดับ อัตราการรับผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แผลเบาหวานที่เท้า อยู่ที่ร้อยละ 4.25 , 3.72 , 3.01 ตามลำดับ อัตราการมารับการรักษาซ้ำ ร้อยละ 3.01, 2.89, 3.12 ตามลำดับ จากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม^{3,4,5}

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน สาเหตุหลักเนื่องมาจากผู้เป็นเบาหวานได้รับอินซูลินหรือยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานที่ออกฤทธิ์กระตุ้นให้ร่างกายหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้นมากเกินไป หรือเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น รับประทานอาหารหรืออาหารว่างน้อยเกินไป รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาหรือไม่รับประทานอาหาร หรือทั้งระยะรับประทานอาหารหลังฉีดอินซูลินนานเกินไป ทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายมากกว่าปกติโดยไม่ได้รับประทานอาหารว่างหรือไม่ได้ปรับลดปริมาณอินซูลินลง นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปริมาณมาก

ขณะท้องว่างรับประทานยาอื่นร่วมกับยารักษาเบาหวาน หรือมีโรคอื่นแทรกซ้อนเกิดร่วมกับโรคเบาหวาน เช่น ไตเสื่อมหน้าที่ทำงานผิดปกติ อาการสำคัญของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ เหงื่อออก ใจสั่น หน้ามืด ตาลาย สับสน มึนงง หิว ปวดศีรษะ พฤติกรรมเปลี่ยน คลื่นไส้ และถ้าอาการรุนแรงอาจหมดสติและเสียชีวิตได้^{3,6}

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังสามารถป้องกันได้ หากได้รับการดูแลที่ดี โดยเฉพาะภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำที่เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเฉียบพลันได้ จึงได้ศึกษาเป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลจะได้นำไปปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาที่น่าสนใจ
2. ติดตามศึกษาข้อมูลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะที่รักษาในโรงพยาบาล
3. ศึกษาแนวคิด วิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา
4. เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกับแนวคิด ทฤษฎี วิชาการที่ศึกษา
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
7. สรุปกรณีศึกษา
8. ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล
9. จัดทำรูปเล่ม / นำเสนอ / เผยแพร่ผลงาน

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทย อายุ 81 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาชั้น



ประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ ทำนา เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลวันที่ 28 เมษายน 2566 ถึง วันที่ 4
พฤษภาคม 2566

อาการสำคัญ

มาตรวจตามนัด มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น 1
วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยว่า
เป็นเบาหวาน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่
อย่างต่อเนื่อง ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า น้ำตาล
สะสมอยู่ในช่วง 7.5-10.8% ระดับน้ำตาลในเลือด
หลังดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารเป็นเวลา 6 ชั่วโมง 200-230
mg/dl เริ่มให้อินซูลินฉีดเมื่อ ปี 2558 และปรับ
ขนาดมาเรื่อย ๆ โดยครั้งสุดท้ายได้ NPH 10 unit sc
เช้า

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเบื่อ
อาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง แต่ยังคงฉีด
อินซูลินขนาดเท่าเดิม ตามแผนการรักษาของแพทย์
วันนี้มาตรวจตามนัด มีอาการเวียนศีรษะ ใจ
สั่น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด
สูงมา 15 ปี รักษาต่อเนื่อง ความดันโลหิตอยู่ในช่วง
130/70-150/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับไขมันใน
เลือด Cholesterol 120-200 mg/dl Triglyceride
63-80 mg/dl LDL 60-100 mg/dl ยาที่รับประทาน
ประจำ ได้แก่ Manidipine (20) ½ tab OD pc
Simvastatin (20) 1 tab hs และ ASA (81) 1 tab
OD เข้า

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและบุตรสาว 2 คน ทุก
คนมีสุขภาพแข็งแรง

แบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง ขับถ่าย
ปกติ รับประทานอาหารไม่ค่อยตรงเวลา ไม่ดื่มชา
หรือกาแฟ ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกาย ฉีดอินซูลิน
แล้วไม่รับประทานอาหารตามเวลา หรือบางวันเมื่อ

ต้องมาตรวจตามนัดจะรีบฉีดอินซูลินก่อนมาเจาะ
เลือด

การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิด 11 แบบ
แผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแล
สุขภาพ

ผู้ป่วยเป็นคนสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง เวลา
เจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ทราบว่าการป่วยครั้ง
นี้เกิดจากสาเหตุการมีพฤติกรรมรับประทาน
อาหารที่ไม่ถูกต้อง

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาโบ
ลิซึม

รับประทานอาหารครบทุกมื้อ ตรงเวลา
รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ชอบรับประทาน
อาหารสุกๆดิบๆ รสจัดเผ็ด เค็ม และมักจะ
รับประทานของหวานตามเกือบทุกมื้อ

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย

ปัสสาวะและอุจจาระปกติ ปัสสาวะวันละ 4-
5 ครั้ง อุจจาระวันละครั้งทุกตอนเช้า ไม่เคยมีปัญหา
ท้องผูก หรือท้องเสียเป็นๆ หายๆ

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและ
การออกกำลังกาย

ตามปกติช่วยเหลือตนเองได้ดี ออกกำลังกาย
บ้างแต่ไม่เป็นแบบแผนแน่นอน หลังเข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาล เริ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อย
เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียบ่อย

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน

ปกตินอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา
22.00-06.00 นาฬิกา ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่
เคยใช้ยานอนหลับ ไม่นอนตอนกลางวัน

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

การรับรู้ การมองเห็น ตามองรับภาพไม่
ชัดเจนทั้งสองข้าง การได้ยิน หูได้ยินชัดเจนทั้งสอง
ข้าง การดมกลิ่น จมูกสามารถดมกลิ่นและแยกกลิ่น
ได้ตามปกติ การรับรส การสัมผัส การรู้สึกร้อน-
หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ ความจำ สามารถจดจำ
วัน-เวลา-สถานที่-บุคคลได้

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคไขมันสูง ความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

เป็นสมาชิกในครอบครัว มีรายได้ประมาณ 10,000-15,000 บาท พอใช้ ไม่มีหนี้สิน

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

ไม่ได้ประเมินในแบบแผนนี้

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด

มีจิตใจดี มีเหตุผลผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม

เชื่อเกี่ยวกับผลของการทำความดี และความชั่ว

การตรวจร่างกายตามระบบ

รูปร่างผอม น้ำหนัก 50 กิโลกรัม สูง 156 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 20.54 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/57 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเล็บ สีผิวขาว ไม่มีผื่นคันหรือจ้ำเลือด ความยืดหยุ่น ของผิวหนังผิดปกติ (Poor skin Turgor) ปลายมือปลายเท้าอุ่น

ศีรษะ ผมสั้นสีขาว สะอาด รูปร่างศีรษะปกติเท่ากัน

ใบหน้า ปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีบาดแผล

ตา ขนาดเท่ากันทั้งสองข้าง การมองเห็นชัดเจน ปฏิกริยาต่อแสงของรูม่านตาศปกติ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร

หู รูปร่างใบหูปกติ การได้ยินชัดเจนดีเท่ากันทั้งสองข้าง ต่อมาน้ำเหลืองหน้าหูและหลังหูไม่โต

จมูกและโพรงจมูก รูปร่างจมูกปกติ โพรงจมูกไม่มีบาดแผล ก้อนเนื้อหรือติ่งเนื้อยื่นออกมา ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากจมูก

ปากและช่องปาก ริมฝีปากซีดเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล

คอ ปกติ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต

ทรวงอกและปอด รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ปกติ ไม่มีเสียง Wheezing หรือ Rhonchi

หัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ฟังไม่พบเสียง Murmur คลำชีพจรบริเวณคอ แขน ขาหนีบแรงเท่ากันทั้งสองข้าง

หน้าท้องและทางเดินอาหาร หน้าท้องแบนราบ ไม่มีผื่นมีรอยแผลบนหน้าท้องคลำไม่พบก้อนตับและม้ามปกติ

ทวารหนัก ไม่พบริดสีดวงทวาร กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักปกติ

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก อวัยวะเพศปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากอวัยวะเพศ

ระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวดี

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก แนวกระดูกสันหลังตรง แขนขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวได้กำลังปกติ

ระบบประสาท เท้าขวาและซ้ายเสียความรู้สึก 2-3 จุด ร่วมกับมีอาการชาที่เท้าทั้ง 2 ข้าง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระดับน้ำตาลในเลือดขณะดื่มน้ำและอาหาร

(Fasting blood sugar) 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

Hemoglobin 10.2 กรัม ต่อ เดซิลิตร

Hematocrit 31% BUN 30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

Creatinine 1.23 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตรา

การกรองของไต (eGFR) ต่ำ 41 mL/min/1.73m²

Electrolyte : Sodium 141 mmol/ L

Chloride 109 mmol/ L CO₂ 26 mmol/ L

Potassium 6.1 mmol/ L UA : sugar1+, Protein

2+, WBC 0-1 cell/HPF

การวินิจฉัยโรค : Non – insulin dependent

diabetes mellitus type 2 with hypoglycemia



กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนแพทย์ตรวจ วินิจัยการพยาบาลที่ 1 อาจเกิดอันตรายจากมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ข้อมูลสนับสนุน “เวียนหัว ใจสั่น 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล” - เจาะ DTX ได้ 68 mg/dl	กิจกรรมการพยาบาล - ดูแลให้ดื่มน้ำหวาน 1 แก้ว โดยใช้ น้ำหวานเข้มข้น 30 มิลลิตรผสมน้ำ 200 มิลลิตร ระหว่างให้ดื่มน้ำหวานระวังการสำลัก - สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เวียนศีรษะ ใจสั่น หน้ามืด และบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนสัญญาณชีพคงที่ - จัดลำดับคิวให้ได้รับการตรวจอันดับแรก และรายงานแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาเพิ่มเติม - ดูแลติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังการเจาะเลือดตรวจตอนเช้า เพื่อความรวดเร็วในการหาสาเหตุและวางแผนให้การดูแลรักษา - ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำโดยเจาะเลือดจากปลายนิ้วหลังให้ดื่มน้ำหวานไปแล้ว 30 นาที - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงสาเหตุ อาการ และอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ รวมทั้งในขณะรอตรวจหากมีอาการ รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที - ให้คำแนะนำเพิ่มเติม เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ไม่อดอาหาร การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และการออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่ควรฉีดอินซูลินในขณะที่ดื่มน้ำและอาหารก่อนมาเจาะเลือด การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน ซึม ชักหรือหมดสติ เจาะ DTX หลังดื่มน้ำหวานได้ 150 mg/dl
วินิจัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากมีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น ข้อมูลสนับสนุน “เวียนหัว ใจสั่น คล้ายจะหน้ามืด” - ความดันโลหิต 146/90 มิลลิเมตรปรอท - ผู้ป่วยมีอาการตามัวทั้ง 2 ข้าง มองเห็นไม่ชัด	กิจกรรมการพยาบาล - ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียง บริเวณที่สามารถมองเห็นได้ง่าย - ใส่ราวกันเตียงก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง - ดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ - อธิบายให้ญาติซึ่งเป็นบุตรสาวเฝ้าดูแลใกล้ชิดข้างเตียง - อธิบายอาการที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที ได้แก่ ใจสั่น เวียนศีรษะมากขึ้น อาการคล้ายเป็นลม การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถควบคุมการทรงตัวได้และไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในระหว่างรอตรวจ
วินิจัยการพยาบาลที่ 3 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ และโรคที่เป็นอยู่ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล หน้าขาว คิ้วขมวด	กิจกรรมการพยาบาล - สอบถามและประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับ การมาตรวจเลือดตามนัด การปฏิบัติที่ผ่านๆ มารวมทั้งความถี่ของการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง - รับฟังปัญหาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทีหรือกริยาที่รำคาญ ใจเวลาแก่ผู้ป่วยในการซักถาม ตอบปัญหาข้อข้องใจ และระบายความรู้สึก - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับมาอย่างไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลที่ถูกต้อง

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยบ่นว่า “หลังฉีดยาเป็นแบบนี้ทุกที แต่ถ้าไม่ฉีดมาก็กลัวน้ำตาลจะสูง”	4. ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ไม่ควรกระทำ ในขณะที่มีน้ำตาลในเลือด ไม่ควรฉีดอินซูลินก่อนมาเจาะเลือด เนื่องจากดื่มน้ำและอาหารจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลลดลงอย่างรวดเร็วได้ การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล
การพยาบาลขณะตรวจ วินิจัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำขณะตรวจ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่า “ขณะมีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ กินน้ำหวานมากจะเป็นอะไรไหม” 2. ผู้ป่วยมักรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา โดยมือเข้าน้อยรับประทาน	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยเข้าตรวจรักษากับแพทย์ และให้ญาติเข้ามาดูแลในระยะเวลาที่สามารถเข้าช่วยเหลือได้ทันที 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล สังเกตอาการและการดูแลแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเบื้องต้น ได้แก่ หน้ามืด เวียนศีรษะ ใจสั่น 3. แนะนำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล ตรวจน้ำตาลในเลือด โดยเจาะที่ปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า เป็นเวลา 3 วัน เพื่อติดตามอาการ หากพบความผิดปกติให้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล 4. แนะนำเบอร์โทรศัพท์สายด่วน 1669 เมื่อต้องการการช่วยเหลือฉุกเฉิน การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ใจสั่น สามารถลุกขึ้นช่วยเหลือตัวเองได้หลังจากออกมาจากห้องตรวจแพทย์
วินิจัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ข้อมูลสนับสนุน 1. ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 15 ปี เป็นเบาหวานมา 10 ปี 2. ระดับ Creatinin 1.23 mg/dl BUN 30 mg/dl eGFR) 41 ml/min/1.73 m ²	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายสาเหตุของภาวะไตเสื่อมเกิดจาก การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม อาหารไขมันสูง สอบถามและประเมินปริมาณการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ 2. แนะนำการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต ยาโรคเบาหวาน อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต 3. อธิบายให้บุตรสาวดูแลเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ลดเค็ม ลดหวาน และการใช้ยาให้ตรงเวลา 4. แนะนำให้มาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังและติดตามผลการดูแลรักษา การประเมินผล ผู้ดูแล สามารถอธิบายวิธีการที่จะไม่ให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงได้ถูกต้อง
วินิจัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Hyperkalemia) ข้อมูลสนับสนุน Potassium 6.1 mmol/L	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลย้ายผู้ป่วยไปห้องสังเกตอาการ 2. ประเมินความรู้สึกตัว อาการสับสน ซึม ชัก ติดตามสัญญาณชีพในระยะที่สัญญาณชีพไม่คงที่ ทุก 10-15 นาที ในระยะที่สัญญาณชีพคงที่ตรวจวัดทุก 1 ชั่วโมง 3. ดูแลให้รับประทานยา kalimate 30 กรัม + น้ำ 50 ซีซี เพื่อแก้ไขภาวะ Hyperkalemia 4. ประเมินการเต้นของหัวใจ โดยทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และรายงานแพทย์ทราบ 5. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อสังเกตปริมาณปัสสาวะ การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyperkalemia ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจหอบเหนื่อย EKG ปกติ แพทย์ให้เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล
การพยาบาลระยะหลังตรวจ	กิจกรรมการพยาบาล



ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วินิจัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยถามว่า “ไม่นอนโรงพยาบาลได้ไหม เป็นมากหรือถึงต้องนอน”	1. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ สั้น ๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ คือ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีความผิดปกติของเกลือแร่ในร่างกาย ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน 3. ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบาย 4. ให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลต่าง ๆ 5. ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สังเกตอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สิ้นสุดสูงขึ้น
วินิจัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหผู้ป่วย ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสูงอายุ จากการพูดคุย มีอาการหลงเป็นบางครั้ง 2. มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนเข้าหผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน 2. ตรวจสอบให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา 3. ตรวจสอบสายน้ำเกลือไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน 4. ผู้ป่วยข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง 5. ตรวจสอบอุปกรณ์นอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที 6. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป 7. พยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง จำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกต้องมีทักษะในการประเมิน การจำแนกประเภทผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจ และแก้ไขโดยเร็วด้วยการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด บริหารและจัดโซนในการสังเกตอาการผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลใกล้ชิดปลอดภัยตลอดระยะเวลาเฝ้าระวัง ผู้ป่วยรายนี้ต้องได้รับการแก้ไขภาวะ Hyperkalemia ต้องมีการประสานงานกับเภสัชกรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา

รวดเร็วตามแผนการรักษา มีการบริหารยาและการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด จากการวิเคราะห์ความเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโรคเบาหวาน มักจะฉีดยาอินซูลินก่อนเจาะเลือดวันที่มาตรวจตามนัดส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้ต้องมีการปรับยาฉีดบ่อยครั้ง จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโรคเบาหวาน การดูแลตนเอง และภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา รวมทั้งในขณะดื่มน้ำและอาหารไม่ควร

ฉีดยาอินซูลิน เมื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยรายนี้เมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด หลังจากได้รับน้ำตาลกลูโคส ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นชั่วคราวและลดลงภายใน 2 ชั่วโมง ดังนั้นจึงปรับเวลารับประทานอาหารว่างและอาหารมื้อหลัก โดยแนะนำให้รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ หากมื้อไหนรับประทานได้น้อยควรรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ^{3,7,8}

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรเน้นย้ำการดูแลตนเอง การสังเกตและป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยแนะนำทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลให้

คำแนะนำซ้ำเมื่อมีการปรับเปลี่ยนการรักษา ปรับยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้มีการตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดด้วยตนเองที่บ้าน (SMBG) ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ผู้ที่ได้ยากลุ่ม Sulfonyleurea และอินซูลิน ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะที่เกิดขึ้นซ้ำหลายครั้ง ปรึกษาสหวิชาชีพ (Diabetes care team) ในการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย ให้คำแนะนำทั้งกับผู้ป่วยและญาติ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำว่าสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ และจัดให้มีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- 1.จิรทีปต์ ขวัญแก้ว. (2557). การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- 2.วิจิตรดา กุสุมภ์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. สหประชาพานิชย์.
- 3.ลัดดา ฐานียการ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต; 2(3): 81-92.
- 4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes. บริษัทร่มเย็น มีเดีย.
- 5.สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุรีย์ อภิจันทร์เมธากุล, นิลบล นันทา, จุฑามาศ สุขเกษม. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี; 28(2):93-103.
- 6.American Diabetes Association. (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care ; 40 (Suppl 1): S11-S24.
- 7.จารุมน ลัคนาวิวัฒน์ มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์ ธีระยุทธ์ แซ่ฮ่อ.(2566). การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(1). 58-66
8. Pingsuttiwong, S. (2019). Nursing Care for Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Community. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 2(3), 59-74.



การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด-19 โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of bed bound elder care in covid 19 process by Care Manager, and Caregiver and Community party network at Buakham districts, Phochai, Roiet.

(Received: September 23,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

นันทนลิน บรรจโรจน์¹

Nannalin Banjaroj

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด 19 โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ มีระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง คัดแบบเฉพาะเจาะจง อาศัยในเขตตำบลบัวคำ ในปีงบประมาณ 2565 จำนวนทั้งสิ้น 19 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ชุด ได้แก่ แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ภาษาไทย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเข้าใจ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 หลังเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ 0.05 3. ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังได้รับการดูแลด้านกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการดูแล ด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงแสดงว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตรงความต้องการและมีคุณภาพ จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุติดเตียง,กระบวนการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด19,ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This research was action research aimed to study and develop the process of caring for bedridden elderly people in the COVID-19 era by elderly care system managers and elderly caregivers together with the Buakham Subdistrict community. The implementation period is between October 2022 - April 2023. Sample groups include: Carer for bedridden elderly Select a specific type Living in Buakham Subdistrict in fiscal year 2022, a total of 19 cases. There are 4 sets of tools used by researchers, including the Barthel ADL Index Assessment Form. knowledge test Skills Assessment and the World Health Organization Quality of Life Scale, abbreviated set, Thai language. Statistics used in the analysis: frequency, percentage, mean, standard deviation. and t-test

The results of the study found that the development of the care process for bedridden elderly people in the COVID-19 era consists of 6 elements: 1. Elderly caregivers have a higher understanding and knowledge in caring for bedridden elderly people in the COVID-19 era after receiving training. Before receiving training Statistically significant at 0.05 2. Elderly caregivers have skills In caring for the bedridden elderly Not less than 80 percent with statistical significance at the 0.05 level. 3. In terms of quality of life of bedridden elderly, it was found that bedridden elderly had an average quality of life score. After receiving care for the process of caring for bedridden elderly people in the COVID-19 era, it was higher than the average before care. With the process of caring for bedridden elderly, it shows that the elderly receive appropriate care. Meets needs and has quality As a result, the quality of life scores of

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

bedridden elderly people in the COVID-19 era are higher than before receiving care, with statistical significance at the 0.05 level.

Key words: bedridden elderly, process of developing a care system for bedridden elderly in the COVID-19 era, elderly care manager, elderly caretaker

บทนำ

โลกของเรามีประชากรทั้งหมด 7875 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ปี 2564 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมดและอีก 20 ปี ข้างหน้า ประชากรในประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราการเพิ่มประชากรจะลดต่ำลง อาจจะติดลบ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรยิ่งมีอายุสูงยิ่งเพิ่มขึ้นเร็ว ปัจจุบันสังคมไทย กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มตัว ด้วยการมีจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากการคาดประมาณการสถิติทางประชากร ในปี พ.ศ. 2564 มีแนวโน้มที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2579 มีแนวโน้มผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 30¹ เมื่อผู้สูงอายุอายุมากความเสี่ยงของร่างกายก็มากตามทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงตามมา โรคที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีหลายโรค ซับซ้อนความต้องการดูแลมีความหลากหลาย ผู้สูงอายุบางท่านไม่มีคนดูแลอยู่บ้านคนเดียว บางคนต้องการอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ต้องมีผู้ดูแล ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญมาจัดระบบในการดูแลผู้สูงอายุ ตรงกับปัญหาและความต้องการผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อลดภาระงานที่หนักและซับซ้อนของผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลเองส่วนใหญ่มีงานที่ต้องทำ บางครอบครัว ก็ได้ลาออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเนื่องจากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลขาดรายได้ซึ่งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ติดเตียงต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลไม่มีงานทำรายได้ลด ผู้สูงอายุติดเตียงก็ต้องใช้เงินในการดูแลสุขภาพทำให้เกิดความยากจน รายได้ลดภาระเพิ่มมากขึ้น

การศึกษาพบว่าค่าบริการผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเริ่มต้นประมาณ 20,000 บาท จนถึง 36,000 บาท

ต่อเดือน หรือเฉลี่ยวันละประมาณ 900-2,000 บาท ขึ้นอยู่กับระดับของการดูแลและอาการ ผู้สูงอายุ² ตั้งแต่กลุ่มที่พอช่วยตัวเองได้บ้างจนถึงผู้สูงอายุติดเตียง โดยในราคานี้เป็นค่าใช้จ่าย เฉพาะการดูแลในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร, ยา, การอาบน้ำ, การทำความสะอาดหลังขับถ่าย ทั้งอุจจาระและปัสสาวะ รวมถึงการพลิกตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแต่ในกรณี ที่ผู้สูงอายุเริ่มมีแผลกดทับ ต้องใช้ผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญมากขึ้นจากผู้ดูแลช่วยเหลือคนไข้ อาจต้องเพิ่มระดับขึ้นเป็นผู้ช่วยพยาบาลจนถึงพยาบาลวิชาชีพแน่นอนว่าค่าใช้จ่ายก็จะเพิ่มขึ้นไปเป็นเงาตามตัวตั้งแต่ 500-1,000 บาทต่อวัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระดับของแผลกดทับ เมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือนแล้วบางรายอาจสูงถึงเดือนละ 65,000 บาท ขึ้นไปเลยทีเดียวโดยตัวเลขเหล่านี้ยังไม่รวมค่ายา, น้ำยา และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการทำแผลอีกด้วย² รายจ่ายเพิ่มรายได้ลดลง เศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย โรคระบาดรุนแรงในยุคโควิด - 19 ที่ต้องปรับตัวอย่างมาก ปี 2564 มีผู้สูงอายุติดเชื้อ 1,8250 คน คิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ติดเชื้อในประเทศไทยและมีผู้สูงอายุติดเชื้อโควิด -19 แล้วเสียชีวิต 14,597 คนคิดเป็นร้อยละ 70 จากการะบาดของโรค โควิด -19 ทำให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุและหน่วยบริการต้องวางแผนในการให้การดูแลสุขภาพแบบใหม่ ผู้สูงอายุก็เสี่ยงต่อการติดเชื้อและไปพบแพทย์ รพ.มีการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบใหม่ โรงพยาบาลลด งด การตรวจคัดกรองไม่เร่งด่วนออกไป ได้นำระบบการดูแลสุขภาพทางไกลมาแทน

ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมารับบริการที่ยาก ไม่เข้าถึงบริการ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ทางกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน มีการวางแผนกำลังคน เพิ่ม

อาสาสมัครกบิรบาลในชุมชน ในการเพิ่มผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญช่วยญาติในการดูแลในชุมชน ซึ่งผู้จัดการการระบบการดูแล 1 คน สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เพียง 5-10 ราย จากสถานการณ์โควิด -19 ความต้องการที่จะบริการผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน พยาบาลผู้จัดการการดูแลต้องการพัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อของปฐมภูมิ ได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ต้องอาศัยผู้จัดการการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด - 19 เทคโนโลยีดิจิทัลกลายเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่สำคัญ สามารถต่อสู้กับปัญหาของโรคระบาด ใช้ในการการเชื่อมต่อกับบุคคลรอบข้างและ สังคมได้สะดวกยิ่งขึ้น ทั้งการติดต่อประสานงาน ในการสอบถามอาการ ขอความช่วยเหลือต่าง ๆ ตรวจสอบสุขภาพจิต ในช่วงที่มีการระบาดไม่สามารถเข้าถึงตัวผู้ป่วยติดเตียงได้ ได้ทำแต่หัตถการที่จำเป็นเร่งด่วนตามความเหมาะสม ตำบลบัวคำมีผู้สูงอายุทั้งหมด 969 ราย มีสูงอายุที่มีภาวะติดเตียง 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.36 ตำบลบัวคำได้ทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมา 5 ปี พบว่ามีผู้สูงอายุที่พึ่งพิงมีภาวะติดเตียงเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ปี 2562 จนถึงปัจจุบัน มีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 62 ,36 , 45 ,44 และปี 2566 มีผู้สูงอายุ จำนวน 52 แบ่งเป็น รายที่ติดเตียงรอรับบริการที่บ้าน มีทั้งผู้ดูแลหลักและไม่มี³ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มมาก ผู้จัดการการดูแล (care manager: CM) เป็นกลไกสำคัญ ในระบบบริการดูแลระยะยาว ปัจจุบัน กองทุน LTC กำหนดสัดส่วนที่เหมาะสม CM:CG ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ไว้ที่ 1:5-10 ปี 2563 สัดส่วน CM:CG ของกองทุน LTC 1:6.4 แต่ถ้าท้องถิ่นไหนมี นักบริบาลมาทำหน้าที่ CG สัดส่วน CM:CG ของกองทุน LTC จะเพิ่มเป็น 1: 7.3 CG 1 คนรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดูแลไม่เกิน 5-10 ราย⁴ จากสถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลบัวคำมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เมื่อตรวจสอบพบว่า CM มีภาระหน้าที่ที่เกินมาตรฐานที่กำหนด

ดังนั้นจึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ให้ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเชี่ยวชาญในการงานที่หนักและซับซ้อน การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด - 19 โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ มาพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่โดยเป็นผู้ที่มีหน้าที่ ค้นหา ประเมิน วางแผน และจัดการให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง และมีการส่งต่ออย่างเหมาะสมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ถูกต้อง การให้ยา การฟื้นฟูสภาพการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุตามระบบ LTC และช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และญาติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด-19 ตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างไร
2. ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด-19 โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้สถานการณ์โควิด-19 แบบมีส่วนร่วม ตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้สถานการณ์โควิด-19 แบบมีส่วนร่วม ตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด 19 โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับ

ชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโศกชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2565 – เมษายน 2566 โดยแบ่งกลุ่มศึกษา กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ วัดก่อนหลังทดลอง (Pretest-Post test) และภาคีเครือข่ายในการดูแล วัดผลด้านความรู้และทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ อำเภอโศกชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

ขั้นที่ 1. ค้นหาปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโศกชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การระดมความคิดเห็นกระบวนการพยาบาลขั้นที่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assesment) และขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)⁵

ผู้วิจัยได้ประเมินปัญหาผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลโดย

1. ทำการประชุมร่วมกัน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ คณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลบัวคำ และคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2465 ถึง เมษายน 2566 (ตามวาระการประชุม คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟู)

2. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการตาม Care Plan ที่ได้สำรวจปัญหา รายงานคณะกรรมการปรึกษาแนวทางการช่วยเหลือด้านการพยาบาลและอุปกรณ์ร่วมกัน

3. สรุปปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชนตำบลบัวคำ

ขั้นที่ 2 ขั้นพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโศกชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดย

ใช้การระดมความคิดเห็นกระบวนการพยาบาลขั้นที่ 3) วางแผนการพยาบาล (Planning)⁶ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ได้วางแผนการติดตามเยี่ยมร่วมกับผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุและชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลการดูแลทุกสัปดาห์ตามกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่ม กลุ่ม 2-4 ซึ่งมีการติดตามเยี่ยม ทุกสัปดาห์ เมื่อได้ปัญหาจากขั้นที่ 1แล้ว นำมาเรียงลำดับความสำคัญ เร่งด่วน นำมาค้นหาวรรณกรรม เพื่อนำไปดำเนินการวางแผนกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโศกชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2.1 ร่างแผนการพยาบาลและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโศกชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ขั้นนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีและวรรณกรรม นำเนื้อหามาวิเคราะห์ สร้างเป็นกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ ดังนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของกระบวนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายร่วมกันกับโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ

2. เป้าหมายการวางแผนการรณรงค์ประกอบกระบวนการนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลมีความรู้ จัดการตามเป้าหมายของการดูแล

3. ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการจัดการและทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดความรู้และมีการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันข้อติด การดูแลสวนปัสสาวะ และการดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลสภาพจิตใจ เทคนิคการพูดคุยกับผู้สูงอายุ โดยผู้ให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ หรือพยาบาลวิชาชีพที่เป็น CM ใช้เวลา 1 วัน พร้อมประเมินผลความรู้ จากนั้นฝึกทักษะในการ



ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสถานะการณ์จริงเป็นเวลา 1 วันเพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจ พร้อมประเมินผลฝึกทักษะ

4. กิจกรรม การดำเนินงานในกระบวนการระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย การดำเนินงานปฏิบัติสถานการณ์จริง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะลงปฏิบัติกับผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เสี่ยงในการปฏิบัติกิจกรรมในครั้งแรก

สัปดาห์ที่ 2 พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เสี่ยงในการปฏิบัติกิจกรรมขณะลงเยี่ยมพร้อมประเมินผลการปฏิบัติงาน และให้ความมั่นใจในการดูแล ให้คำปรึกษา

สัปดาห์ที่ 3 ผู้ดูแลทำกิจกรรมด้วยตนเองตามลำดับของกิจกรรมที่กำหนดไว้ โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ กำกับ นิเทศ พร้อมให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 4 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้เสี่ยงในการปฏิบัติกิจกรรม พร้อมลงเยี่ยมและประเมินผลปฏิบัติการ เป็นที่ปรึกษาในดูแล พร้อมประเมินผลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงทุกสัปดาห์ การเข้าหาผู้ป่วยยึดหลักแนวป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

(5) บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน

5.1 บทบาทในการสนับสนุนรณรงค์ส่งเสริมการตรวจตามนัด บทบาทด้านการติดต่อประสานงานเมื่อมีภาวะฉุกเฉินทางการพยาบาล สายปัสสาวะหลุด สายให้อาหารหลุด ในเวลาราชการ แจ้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เพื่อแจ้งพยาบาลประจำ รพ.สต. หรือผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ถ้านอกเวลาอาจแจ้ง 1669

5.2 บทบาทสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลเครื่องพ่นยา เครื่องดูดเสมหะ แจ้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เพื่อประสานขอยืมอุปกรณ์สำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง รถเข็น ไม่ค้ำยัน แพนเพอส รถเข็นฝึกเดิน เป็นต้น

(6). ประเมินผล วัดความรู้และทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง

2.2.1 ขั้นตอนการทดลองใช้ร่างกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยมีส่วนร่วมผู้ดูแลและชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบประสิทธิภาพแบบร่างกระบวนการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูง ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ (รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในภาคผนวก ก) โดยให้ค่าดัชนีความสอดคล้อง หลังอบรมดังนี้

ให้คะแนน +1 ข้อคำถามที่เห็นว่าเหมาะสม

ให้คะแนน 0 ข้อคำถามไม่แน่ใจ

ให้คะแนน -1 ข้อคำถามที่เห็นว่าไม่เหมาะสม

ควรปรับปรุง

ได้นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาหาความเที่ยงตรง ความสอดคล้อง ถ้าข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ต้องนำข้อคำถามนำไปปรับปรุง ถ้าค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 แสดงว่าข้อคำถามมีความเที่ยงตรง ซึ่งแบบร่างจำลองกระบวนการดูแลผู้สูงอายุมีค่าดัชนีความสอดคล้องภาพรวมเท่ากับ 0.96 แสดงว่าแบบร่างกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงผ่านเกณฑ์ทุกข้อ ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านนำไปประเมิน เหมาะที่จะนำไปใช้ได้

2) ผู้วิจัยนำแบบร่างกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 คู่ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 1. วัตถุประสงค์ 2. กลุ่มเป้าหมาย 3. การจัดการความรู้ 4. กิจกรรม 5. การมีส่วนร่วมชุมชน 6. การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ปฏิบัติตามได้ถูกต้องจนได้แบบจำลองฉบับสมบูรณ์พร้อมนำไปใช้ครั้งต่อไป

ขั้นที่ 3 การประเมินผลกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง โดยใช้กระบวนการพยาบาลขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)⁷ ประเมินผล การพยาบาล (Evaluation)⁸ มีขั้นตอนดังนี้ ประเมินกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงติดเตียง ในยุคโควิด 19 โดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. วัตถุประสงค์ 2. กลุ่มเป้าหมาย 3. การจัดการความรู้ 4. กิจกรรม 5. บทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 6. การประเมินผลที่ได้ผ่านการประเมินผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective, Congruence, IOC) ภาพรวม 0.96 ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

2. แบบทดสอบด้านความรู้ ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม ตอบถูกผิด 2 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ของนางพิณทิพย์ จำปาพงษ์ จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้หาความยากง่าย (p) ตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.80 และค่าอำนาจการจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.20-1.00 จำนวน 15 ข้อ นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardsom 20-KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87

3. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นการวัดทักษะผู้ดูแลในด้านเนื้อหา วัตถุประสงค์ ซึ่งมีการให้คะแนนตามการปฏิบัติงาน ดังนี้ 0 = ไม่ปฏิบัติ 1 = ปฏิบัติไม่ครบทุกขั้นตอน 2 = ปฏิบัติทุกขั้นตอน คะแนนต้องผ่านร้อยละ 80 นำเครื่องมือของนางพิณทิพย์ จำปาพงษ์ จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา มาหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า CVI = 0.87

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL -BREF-THAI)¹⁰ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ข้อ 2,9,11 คำถามเชิงบวก

23 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบ ถ้าคำถามเชิงบวกแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้ตอบไม่เลย ให้ 1 คะแนน ตอบเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ตอบปานกลาง ให้ 3 คะแนน ตอบมาก ให้ 4 คะแนน ตอบมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ในข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนดังนี้ ตอบไม่เลย ให้ 5 คะแนน ตอบเล็กน้อย ให้ 4 คะแนน ตอบปานกลาง ให้ 3 คะแนน ตอบมาก ให้ 2 คะแนน ตอบมากที่สุด ให้ 1 คะแนน การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน คะแนน 26-60 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่กลาง ๆ คะแนน 96 – 130 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด-19 โดยผู้จัดการการระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการทดสอบ ก่อนและหลังการอบรม วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (X) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยการทดสอบค่าที (t-dependence) เพื่อหาค่าความแตกต่าง

2. แบบทดสอบทักษะของผู้เข้ารับการอบรมด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้จัดการการระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด หลังฝึกปฏิบัติกิจกรรมมีคะแนนหลังทดสอบผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 โดยการวิเคราะห์เป็นร้อยละและการทดสอบค่าที (t-test แบบ one-sample t-test)

3. วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยวัดคุณภาพก่อนหลังการได้รับการดูแล วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (X) และส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การทดสอบค่าที (t-test แบบ t-dependence)

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุควิด 19 โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องขององค์ประกอบในภาพรวม สอดคล้องกับค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC.) ด้านของเนื้อหาและรับรองและรับรองโครงสร้างรูปแบบ โดยค่าดัชนีความสอดคล้องโดยรวมเท่ากับ 0.84 มีความเหมาะสม การนำไปใช้ในการดำเนินการ

2. ประสิทธิภาพกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุควิด 19 โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด การหาประสิทธิภาพของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมิน พบว่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างหลังปฏิบัติกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 80

3. การประเมินผลการเรียนรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบ หลังฝึกอบรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยหลังอบรม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 หลังเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. การประเมินผลด้านทักษะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ 0.05

5. ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังได้รับการดูแลด้านกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการดูแล ด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงแสดงว่าผู้สูงอายุแสดงว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตรงความต้องการ และมีคุณภาพ จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 สูงขึ้น กว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงโควิด-19 ก่อนและหลังดำเนินการ (N=19)

ประเด็น	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรู้	11.89	1.32	14.36	1.25	18	-6.422	.000	-3.2828	-1.66448
ทักษะที่ 1	1.49	.20	1.90	.09	18	-8.945	.000	-.5127	-.31769
ทักษะที่ 2	1.57	0.33	1.90	0.10	18	-4.563	.000	-.48316	-.17849
ทักษะที่ 3	1.46	0.12	1.94	0.08	18	-15.054	.000	-.54704	-.41255
ทักษะที่ 4	1.82	0.18	1.91	0.17	18	-1.587	.130	-.21400	.02979
ทักษะที่ 5	1.63	0.37	1.89	0.13	18	-3.217	.005	-.43696	-.09082

จากตารางที่ 1 พบว่า การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

การเปรียบเทียบทักษะที่ 1 การดูแลสาย NG tube และการให้อาหารทางสายยาง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเปรียบเทียบ ทักษะที่ 2 การดูแลทำความสะอาดผู้ป่วยสายสวน

ปัสสาวะ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

การเปรียบเทียบ ทักษะที่ 3 การทำแผล ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

การเปรียบเทียบทักษะที่ 4 การทำความสะอาดร่างกาย ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบ ทักษะที่ 5 การทำกายภาพบำบัด ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI) ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

การอภิปรายผล

1. การประเมินกระบวนการผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้วิจัยได้ทบทวนปัญหาและทฤษฎีเพื่อสนองและแก้ปัญหา ตรงกับความต้องการอย่างเป็นระบบ ให้ตรงกับความต้องการพัฒนา กระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้สูงอายุ เป้าหมาย ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุและศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในความต้องการการทำให้กระบวนการดูแล ตรงกับความต้องการของผู้ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน การจัดระบบให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย และให้เกิดประสิทธิภาพเป็นหัวใจสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตรา วิชาและคณะ (2561)¹⁴ ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง พบว่า รูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่ม

ติดบ้านติดเตียง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล 2. การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3. การจัดระบบบริการสุขภาพระบบการดูแลต่อเนื่องและระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี รพ.สต. อ่างห้วย, รพ.แม่ทะ, รพ.ลำปาง 4. การกำหนดนโยบายแผนงานโครงการและงบประมาณจากเทศบาลนาใจ และ 5. การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยง เพื่อประสานการทำงานและการให้ทรัพยากรร่วมกัน ในบางชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ก็จะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลที่ดีด้วย ได้แก่ ชุมชนเข้มแข็งและมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลในชุมชน โดยกลวิธีการจัดการของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ มีบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพ และมีการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงซึ่งจำแนกได้ ดังนี้ (Narirat Jitramontree, Vilaivan Thongschareon and Sawitri Thayansin, 2011:67-74)¹⁵

2. ด้านทักษะของผู้ดูแลที่เข้ารับการอบรมตามกระบวนการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอนิคมพัฒนา จ.ร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 ทั้งที่ผู้วิจัยได้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ไปยังผู้เรียนโดยการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จริง การช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการนำในการนำความรู้ให้เกิดทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสอบถามเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างทันที ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจนำไปปฏิบัติจนเกิดทักษะและความชำนาญ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วิภา เพ็งเสงี่ยม (2560)¹⁶ ที่การศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลติดเตียงในชุมชน ได้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ คะแนน

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

3. ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่เข้ากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชน ตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จ.ร้อยเอ็ด พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับการดูแล ด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการดูแลด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ในการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและป้องกันการแพร่ระบาดโรคติดเชื้ออุบัติการณ์ใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เป็นการปรับเปลี่ยนระบบให้เหมาะสม เป็นมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุ เป็นการดูแลสุขภาพ ระยะกลาง (Intermediate care) การดูแลระยะยาว (Long Term care) และการดูแลแบบประคับประคอง ก่อนเสียชีวิต (Palliative Care, End of life care) จากการพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับ ความจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคแทรกซ้อน การให้บริการแบบไม่ซับซ้อน ผู้วิจัยได้ออกแบบ กระบวนการให้เกิดการเรียนรู้และการสร้างความมั่นใจ การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ การศึกษาของ อัญชลีไชยวงศ์น้อย (2557)¹⁷ ที่ทำการศึกษาเรื่องผลการ

ดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และความผาสุกของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังทดลองค่าเฉลี่ยความผาสุกและการทำกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านภาคีเครือข่าย ต้องรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง เตรียมพร้อมอยู่เสมอ
2. ควรเสนอผู้บริหารในการจัดการด้านค่าใช้จ่ายให้คุ้มค่ากับผู้ดูแลและแนวทางการวางแผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้ และต้องพาทุกกิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.เสฐียร ศิวินา และ ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ดร. สัมฤทธิ์ ศรีประทุม ประธานคณะกรรมการประสานงาน รพ.สต.อำเภอโพธิ์ชัย คุณ วรวิทย์ เพชรไพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- 1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). การสูงวัยของประชากรไทย พ.ศ. 2557. เข้าถึงได้จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>.
- 2 วรเวช สวรรณระดา. (2552). การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 3 ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลบัวคำ, 2565
- 4 กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข.(2560).คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ใน ระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.).

- 5 พิณทิพย์ จำปาพงษ์. (2561).การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางประกง อำเภอบางประกง จังหวัดฉะเชิงเทรา.
- 6 Carpennito-Moyet, L.J. (2007). Understanding the nursing process: concept mapping and careplanning for students. Philadelphia: LW&W.
- 7 American Nurses Association. (1998). Standard of Clinical Nursing Practice, American Nurses Association, 2nd ed., DC: American Nurses Publishing.
- 8 Thainurseclub.(2560).กระบวนการพยาบาล (Nursing Process).สืบค้นจาก <http://thainurseclub.blogspot.com/2013/10/nursing-process.html>.
- 9 พิณทิพย์ จำปาพงษ์. (2561).การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางประกง อำเภอบางประกง จังหวัดฉะเชิงเทรา.
- 10 World Health Organization.(2004).Health of the Elderly in South-East Asia : A Profile.p.16.
Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205245/1/B1462.pdf>
- 11 จินดา รัตนกุลรักษารณ บุญรักษ์และประไพ บุญย์เจริญเลิศ.(2556).ผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบไฝรู้ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารกองการพยาบาล,40(1), 9-23.
- 12 ช่อทิพย์ จันทรา.(2559).ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลด้านโภชนาการและการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์,8(3).41-50.
- 13 ขวัญตา บุญवासและคณะ.(2560).ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,205.
- 14 สุมิตรา วิชาและคณะ. (2561). การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ล าปาง).วารสารวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) . online ค้นเมื่อ 3 มกราคม 2561, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4827>
- 15 Narirat Jitramontree, Vilaivan Thongchareon and Sawitri Thayansin (2011). Good Model of Elderly Care in Urban Community. Journal of Nursing Science. Vol. 29 Suppl. 2 July-September 2011, p.67-74.
- 16 วิภา เพ็งเสงี่ยม. (2560).การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน.วารสารการพยาบาลกองสาธารณสุขและการศึกษา, 18 (3) , 83-95.
- 17 อัญชลี ไชยวงศ์น้อย.(2557).ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.



การพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่บ้าน: กรณีศึกษา Supportive Nursing Care for Patients with Advanced Tongue Cancer at Home: A Case Study

(Received: September 22,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

ประทุมพร ผลดอน¹

Pratumphon Phondon¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่บ้าน ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลามหลังพ้นภาวะวิกฤตที่ได้รับการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 1 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล และจากข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อมายังงานพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนแล้วนำมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัย และวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ด้วย Tumor Bleeding ออกจากปาก และท่อหลอดลมคอ โดยไม่สามารถหาจุดตำแหน่งที่เลือดออกที่ชัดเจนได้ ประมาณ 1,800 cc และไหลรินออกอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ได้รับการ Resuscitation, On Ventilator และต่อมาสามารถ off Ventilator หายใจ ผ่าน Collar Mask และ Room Air ได้ตามลำดับ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้จนครบ และกลับไปรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน จึงมีการส่งต่อมายังงานพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับการโทรติดตามเยี่ยม จำนวน 2 ครั้ง

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบประคับประคอง, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลาม

Abstract

This study was case study aimed to study supportive nursing care for patients with advanced tongue cancer at home. Study of nursing care of one patient with advanced stage tongue cancer after being treated and discharged from the hospital. Data were collected from observation. Interviews with patients, caregivers, and information that has been referred to family and community nursing practice are analyzed. Determine the diagnosis and plan appropriate nursing activities for patients.

Results: Case study of a Thai female patient, age 69 years, with no history of congenital disease. Admitted to the intensive care unit with Tumor Bleeding from the mouth and tracheal tube. Unable to find a clear point where the blood was bleeding, approximately 1,800 cc and continuously flowing out. The patient was in Hypovolemic Shock and received Resuscitation, On Ventilator and later was able to take off Ventilator to breathe through Collar Mask and Room Air respectively. Patients can continue with radiation until it is complete. and returned to receive palliative treatment at home Therefore, he was referred to family and community nursing practice. to provide continuous care the study student made 3 home follow-up visits, along with 2 follow-up phone calls.

Keywords: Palliative nursing care, caregiver, advanced tongue cancer

¹ พย.บ.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสม.โรงพยาบาลพระนารายณ์ สาขาเทศบาลตำบลท่าศาลา

บทนำ

มะเร็งลิ้นชนิด squamous cell carcinoma เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งช่องปาก¹⁻² พบได้ร้อยละ 5 ของมะเร็งทั้งหมดในร่างกาย³⁻⁴ สาเหตุของมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์⁵ สาเหตุสำคัญของมะเร็งลิ้นเกิดจากพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การเคี้ยวหมาก การติดเชื้อไวรัส Human papilloma virus (HPV) หรือการมีแผลเรื้อรังในช่องปาก อาการส่วนใหญ่ของมะเร็งลิ้นพบได้หลายลักษณะ เช่น การมีฝ้าขาว ที่บริเวณใต้ลิ้นแผลเนื้อแข็ง รอยฝ้านั้นจะนูนขึ้นเป็นก้อน หรือกรณีเกิดแผลจะมีลักษณะคล้ายอาการร้อนใน แต่จะมีอาการมากกว่า 1 เดือน มะเร็งของลิ้นหรือลำคอในบางตำแหน่งอาจทำให้เกิดการเจ็บในขณะกลืนอาหารได้เพราะมีเส้นประสาทร่วมกัน ผู้ป่วยส่วนมากมักมาพบแพทย์ด้วยอาการในระยะลุกลามจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษาและเคมีบำบัด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลัน และระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง⁷ และอาจต้องมียุทธศาสตร์การแพทย์ติดตาม เช่น สายยางให้อาหารทางจมูก มีท่อหลอดลมคอ บางรายมีแผลกดทับเกิดขึ้นขณะรับการรักษา ส่งผลให้การดูแลที่บ้านมีความยุ่งยาก และซับซ้อน ผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้หรือดูแลได้ไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น เกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

งานพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีหน้าที่ให้การดูแล ให้คำแนะนำ รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์การช่วยเหลือต่าง ๆ จนกระทั่งการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านนับเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เป็นความท้าทายที่พยาบาลจะต้องวางแผนตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลามได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลา

เหลืออยู่ โดยการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่บ้าน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีการปัญหาการพยาบาลที่ยุ่ยากซับซ้อน
2. ขออนุญาตผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพยาบาลรวมทั้งได้มีการชี้แจงถึงการศึกษา ทั้งนี้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และมีการประเมินซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม
4. ค้นคว้าเอกสารวิชาการ และตำราเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลามรวมถึงแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเรม⁸
5. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษาซึ่งดำเนินการในช่วงเดือน กันยายน 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566
6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ด้วย Active Bleeding ออกจากปาก และท่อหลอดลมคอ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล



ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจพบมะเร็งลิ้น ที่โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง ปี 2565 ผลการตรวจชิ้นเนื้อ พบ Few small fragments of atypical squamous proliferation, suggestive of micro invasive squamous cell carcinoma, Keratinizing type ได้รับการผ่าตัด Modified radical neck dissection (MRND) with Wide excision (WE) หลังผ่าตัดส่งชิ้นเนื้อ พบ Squamous cell carcinoma, moderately differentiated ไม่ได้ไปฉายแสง

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการกลืนลำบาก สำลอาหารบ่อย น้ำหนักลด > 6 กิโลกรัม ใน 3 เดือน ก่อนที่ลิ้นกลับโตขึ้นใหม่ จึงไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง ได้รับการผ่าตัด Tracheostomy

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี (Palliative RT) โดย plan 3,000 cGy/10 Fraction ขณะผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี 2,100 cGy/7 Fraction ต้องย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ด้วย Active Bleeding ออกจากปาก และท่อหลอดลมคอ โดยไม่สามารถหาจุดตำแหน่งที่เลือดออกที่ชัดเจนได้ ประมาณ 1,500 cc และไหลรินออกอย่างต่อเนื่อง จนเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ได้รับการ Resuscitation, On Ventilator และต่อมาสามารถ off Ventilator หายใจผ่าน Collar Mask และ Room Air ได้ตามลำดับและได้รับการจำหน่ายกลับไปรักษาแบบประคับคองที่บ้าน

ประวัติโรคประจำตัว: ปฏิเสธ

ประวัติการสูบบุหรี่/การดื่มแอลกอฮอล์/การใช้สารเสพติด: ปฏิเสธ

การวินิจฉัยโรค: Advance CA Tongue

สรุปข้อมูลแบบแผนสุขภาพที่พบปัญหา โดยการนำ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาใช้ในการซักประวัติเพื่อหาข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยต่อไป

แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ: ผู้ป่วยปฏิเสธการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งลิ้นระยะสุดท้าย

พยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุดและปฏิบัติตามแผนการรักษา

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร: ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องใส่ยางยางให้อาหารทางจมูก

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย: ผู้ป่วยปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะสีเหลืองใสถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาเช้า ไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูก อุจจาระมีสีเหลือง

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย: ช่วยเหลือตนเองได้น้อยบนเตียง ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันเอง

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ: บางคืนนอนไม่ค่อยหลับ มักตื่นขึ้นมากกลางดึก เนื่องจากไอบ่อยมีเสมหะมาก

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้: มีความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งในเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรสและการสัมผัสปกติ มีความสามารถในการจดจำ ไม่มีความผิดปกติในสายตา การรับรู้และการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งลิ้น กลัวเป็นภาระบุตรสาว และครอบครัว

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์: ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลาม ยอมรับสภาพของโรคได้และคิดว่าการมารับการฉายแสงครั้งนี้จะช่วยลดการกระจายของโรค

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ: ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่กับพี่สาว และบุตร การเจ็บป่วยในครั้งนี้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีบุตรสาว คอยสนับสนุนด้านการเงิน ให้กำลังใจและคอยให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยเลิกกับสามีเมื่อปี 2558 สามีไปมีภรรยาใหม่และไม่ได้ติดต่อกันอีก

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์: ผู้ป่วยหย่ากับสามี ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยหมดประจำเดือนตั้งแต่อายุ 45 ปี

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: เมื่อมีปัญหาต่าง ๆ ผู้ป่วยจะไม่ค่อยเล่าให้ใครฟังแต่จะมีปรึกษากับพี่สาวเป็นบางครั้ง

แบบแผนที่ 11 ค่านิยมและความเชื่อ: ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยมีความเชื่อเรื่องบาป บุญ

สรุปอาการและการรักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาล
ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี (Palliative RT) Plan 3,000 cGy/10 Fraction (Organ face and neck) แบบ OPD case มีปัญหาขณะฉายรังสีได้ 2,100 cGy/7 Fraction, มี Active bleed จึงเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักและได้รับการฉายแสงต่อจนครบตามแผนการรักษา

และจำหน่ายกลับบ้านเพื่อดูแลแบบประคับประคอง

การประเมินสภาพแรกรับ

ประเมินทางชีวภาพ วันที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล วันที่ 26 กันยายน เวลา 09:00 น.

น้ำหนัก 41.20 กิโลกรัม

ส่วนสูง 149 เซนติเมตร

Body mass index 18.56 กิโลกรัม/ตาราง

เมตร

Body surface area 1.31 ตารางเมตร

อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส

ชีพจร 82 ครั้ง/นาที

หายใจ 18 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท

ECOG score = 4, PPS score = 50%

การประเมินสภาพทางร่างกายทั่วไป

ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้พอควรบนเตียง เรียก สัมผัส ทำตามคำสั่งได้ On TT-Tube หายใจ room air มีเสียงเสมหะในลำคอ สามารถขับเสมหะออกเองได้ บางครั้ง มีก้อนที่บริเวณคางด้านขวาปิด Gauze ไว้ มี รอยผ่าตัดบริเวณคางด้านขวา มีรูน้ำลาย และ discharge ซึมออกมา มีอาการปวดบริเวณก้อนและ รอยผ่าตัดเดิมเป็นบางครั้ง pain score 2-3 คะแนน On NG tube สำหรับให้อาหาร

ศีรษะและคอ (Head and Neck)

ศีรษะ: รูปร่างปกติไม่มีบาดแผลหรือก้อน

ตา: เยื่อบุตาซีด ไม่เหลือง น้ำตาไหลออกเองบ่อย

หู: ใบหูเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีสารคัดหลั่ง ได้ยินชัดเจนทั้ง 2 ข้าง

จมูก: รูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล การได้กลิ่น

คอ: On Tracheostomy tube มีก้อนที่บริเวณคางด้านขวา บวม แดง มีรอย ผ่าตัดบริเวณคางด้านขวา มีรูน้ำลาย และมี discharge ซึม

ปกติ On NG tube สำหรับให้อาหาร

ปาก: ลิ้นสีปากแห้งเล็กน้อย ขากรรไกรติด อ้าปากได้น้อย อ้าปากกว้างได้ 2 ซม.

ฟัน: มีร่องรอยการถอนฟันออกไป 5 ซี่ ซ่อ งอก (Chest)

ทรวงอก: รูปร่างปกติเคลื่อนไหวได้เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่พบอกบวม อกไก่

ปอด: เสียงปอดปกติ

หัวใจ: การเต้นของหัวใจเด่นสม่ำเสมอ 82 ครั้ง/ นาที ไม่มีเสียง Murmur

ช่องท้องและเชิงกราน (Abdomen/Pelvis)

ช่องท้อง: ปกติ ท้องกดนุ่ม ไม่ปวด ไม่มีอาการ ท้องอืดบวมโต

การขับถ่าย: การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ โดยใส่ ผ้าอ้อมอนามัยไว้

ประเมินสภาพของอารมณ์และจิตใจ

สถานอารมณ์และจิตใจ: เรียบเฉย

การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย: รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคลิ้นระยะลุกลาม และกังวลกลัวเป็นภาระบุตร

เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการโทร สอบถามพยาบาลที่ดูแลบนหอผู้ป่วย และจากใบสรุป ประวัติเพื่อส่งต่อสรุปปัญหาของผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้อย่างนี้



การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความพร้อมด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 วัน ได้มีการติดต่อประสานกับงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนในศูนย์สุขภาพชุมชน เขตเมือง จึงได้สอบถามผู้ดูแล พบว่า ขาดอุปกรณ์ต่าง ๆ จึงได้ดำเนินการจัดเตรียมอุปกรณ์ ดังนี้ 1) ถังออกซิเจน 2) สาย collar mask 3) เครื่อง suction 4) เตียงนอนปรับหัวสูงได้พร้อมที่นอนลม เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 : สร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม จากนั้นให้ความรู้และสาธิตการใช้งานออกซิเจน แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้เครื่อง Suction การดูดเสมหะ การจัดการขยะ การใช้งานเตียงนอน เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 : เป็นการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ สอบถามปัญหา และอุปสรรคในการใช้งาน พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 : เป็นการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลซ้ำเป็นครั้งที่ 2 สอบถามปัญหา และอุปสรรคในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ประเมินผล ผู้ดูแลพอทำได้ตั้งแต่ครั้งแรกและเมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลยังปฏิบัติได้ดีขึ้น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 : สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม ประเมินความรู้และทักษะ โดยให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลการพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำแผลเจาะคอ การดูดเสมหะ การเตรียมและให้อาหารทางสายยาง การให้ยาเริ่มโดยตั้งแต่ 1) การเตรียมอุปกรณ์อาบน้ำ การอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การเปลี่ยนเสื้อผ้าและเครื่องนอน 2) การดูดเสมหะ ตั้งแต่เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะ การล้างมือ ใส่ถุงมือ ขั้นตอนการดูดเสมหะ การทิ้งขยะ การทำความสะอาดอุปกรณ์หลังใช้งาน 3) การทำแผลเจาะคอ: เริ่มจากเตรียมอุปกรณ์ การล้างมือ การใส่ถุงมือ ขั้นตอนการทำแผล การทิ้งขยะ การทำความสะอาดอุปกรณ์ 4) การเตรียมและให้อาหารทางสายยาง เริ่มจากการคัดเลือกวัตถุดิบ โดยเน้นที่หาง่ายมีในบ้าน หรือสามารถปลูกได้ โตไว นำมาล้างทำความสะอาด นึ่ง ปั่น กรองและกรอกใส่ถุงตามสัดส่วนที่กำหนด 5) การดูแลจัดการอาการปวด แนะนำผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลา สม่าเสมอ เพื่อให้ยาครบระดับในกระแสเลือด และหากมีการใช้ยาเสริมรอบ (ยา prn) ให้บันทึกไว้ว่าในวันได้รับยาเสริมกี่เม็ด และให้แจ้งแพทย์ทราบในการนัดครั้งต่อไป และให้สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อาการท้องผูก แนะนำให้เสริมนมเปรี้ยวได้ 6) การรับประทานยา แนะนำให้ผู้ดูแลให้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเอง 7) การมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำผู้ดูแลให้พา ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด รวมถึงแนะนำแหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน ได้แก่ รถของอบท.

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	8) อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด และเปิดโอกาสให้โทรกลับมาสอบถามได้ว่าเป็นภาวะฉุกเฉินควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัดหรือเข้า ร.พ.ใกล้บ้าน ประเมินผล ผู้ดูแล (ลูกสาว) รับทราบ และบอกว่าเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง การดูแลหลังขั้วบ้น การเปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลท่อทางเดินหายใจ การกระตุ้นไอขับเสมหะ การดูดเสมหะ การทำแผลท่อหลอดลมคอ การเตรียมและให้อาหารทางสายยาง การให้ยา พบว่า สามารถทำได้แต่ยังไม่ค่อยคล่อง การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2: เป็นการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลในเรื่องต่าง ๆ ในครั้งที่ 1 ประเมินผล จากการสังเกตการณ์และให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลแก่ผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลสามารถอาบน้ำ ผู้ป่วยบนเตียง เปลี่ยนเสื้อผ้า ทำแผลท่อหลอดลมคอ ดูดเสมหะ เตรียมและให้อาหารทางสายยาง ได้มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น จึงได้กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 : เป็นการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเข้าเป็นครั้งที่ 2 มีการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ให้การสนับสนุน ส่งเสริมและให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติต่อเนื่อง ประเมินผล จากการสังเกตการณ์และให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลแก่ผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลสามารถอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง เปลี่ยนเสื้อผ้า ทำแผลท่อหลอดลมคอ ดูดเสมหะ เตรียมและให้อาหารทางสายยางได้คล่องแคล่วขึ้น จึงเพิ่มการอธิบายการดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อยและจากผลข้างเคียงของการได้รับยาแก้ปวด เป้าหมาย: ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้อย่างน้อยทุก 3 วัน	- แนะนำผู้ดูแลเพิ่มน้ำระหว่างมื้อให้กับผู้ป่วยให้ได้ 1.5 – 2 ลิตร/วัน แบ่งเป็นเวลา และให้ feed น้ำผลไม้ หรือนมเปรี้ยวระหว่างมื้ออาหาร - ให้อาหารผู้ป่วยตามกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพิ่มขึ้น เช่น การกลืน การหยิบสิ่งของต่าง ๆ เพื่อให้ลำไส้ได้มีการเคลื่อนไหว - แนะนำผู้ดูแลช่วยบริหารร่างกายให้ผู้ป่วย พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง - แนะนำผู้ดูแลบริหารยาาระบายตามที่เภสัชกรแนะนำ ประเมินผล ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้อย่างน้อยทุก 3 วัน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้นกบ	1) สอนผู้ดูแลในการทำแผล การประเมินลักษณะผิวหนัง 2) กำหนดเวลาการเปลี่ยนท่าพลิกตะแคงอย่างสม่ำเสมอทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดแรงกดทับและช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดได้ดีขึ้น 3) จัดทำให้อุณหภูมิของผิวหนังสูงไม่เกิน 30 องศา การจัดทำน้ำให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะตรง 90 องศาใช้หมอนหนุนด้านหลังไม่ให้ผู้ป่วยเอียง ไม่นิ่งเกิน 60 นาที 4) แนะนำผู้ดูแลใช้ผ้าขาวเตี๋ยรองตัวผู้ป่วยและยกตัวผู้ป่วยด้วยผ้าขาวเตี๋ยเพื่อป้องกันผิวหนังเสียดสีกับที่นอนและให้มีคนช่วยเปลี่ยนท่า หลีกเลี่ยงการลากตึง



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5) แนะนำผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ 1.5 – 2 ลิตร โดยแบ่งให้ระหว่างมือ น้ำจะช่วยในการคงสภาพที่ดีของการไหลเวียนเลือดและส่งเสริมสภาพที่ดีของผิวหนัง 6) สอนและอธิบายการดูแลทำแผลกรณีที่ผิวหนังถลอกเพื่อส่งเสริมการหายของแผลโดยใช้สำลีชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดแผลอย่างเบามือโดยเช็ดจากข้างในแผลออกนอกข้างนอกแผลปิดด้วย vasaline gauze 7) แนะนำผู้ดูแลทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำ และเลือกใช้สบู่เหลวสำหรับทารกซึ่งมีค่าความเป็นกรด-ด่างอยู่ในช่วง 5.2-5.5 ซึ่งมีค่าความเป็นกรดเล็กน้อยมีผลดีต่อการกำจัดเชื้อแบคทีเรียบริเวณผิวหนัง 8) แนะนำผู้ดูแลให้สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผู้ป่วย หากขับถ่ายให้ดูแลเช็ดทำความสะอาดผิวหนังและเปลี่ยนแผ่นรองซับทันที หลังการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ หรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาที ประเมินผลการพยาบาล ผิวหนังบริเวณก้นกบ มีลักษณะรอยแดงและดำคล้ำ พื้นผิว มีลักษณะด้าน แห้งและแข็ง ไม่มีแนวโน้มที่ผิวหนังชั้นนอกจะลอกหลุดออก ขนาด 3 ซม เท่าเดิม การปฏิบัติการพยาบาลนี้บรรลุเป้าหมายการพยาบาล แผลกดทับไม่เพิ่มระดับและมีแนวโน้มจะหาย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง เนื่องจากความเจ็บป่วยที่รุนแรงช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป้าหมาย ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น	การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับนับถือตนเองเพิ่มขึ้นมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่น ให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความวิตกกังวลกลัวพร้อม ๆ กับการสนับสนุนให้กำลังใจ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และ 3 ชมเชยและให้แรงเสริมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเอง เช่น การไอ การหายใจ พลิกตะแคงตัว เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ก็เป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การประเมินด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว ความรุนแรงของอาการจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น

การแสดงออกของอาการชัดเจนและบ่อยมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง เช่น อาการปวดเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ความรุนแรงด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล

บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นผู้ที่มิบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ประสานการดูแล และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาความสามารถในการดูแลให้กับผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ประสานการสื่อสารระหว่างครอบครัวและแพทย์ในการจัดการอาการไม่สบายต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้มีความสุขสบายมากที่สุด ครอบครัวเข้าใจแผนการรักษาและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด การสร้างสรรค์สัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ให้ครอบครัวคลายความวิตกกังวลเมื่อมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาสามารถปรึกษาได้ เป็นกำลังใจและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว

บทสรุป

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะลุกลาม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการฉายรังสีรักษา (Palliative RT) แบบ OPD case, plan 3,000 cGy/10 Fraction (Organ face and neck) แต่ขณะฉายรังสีได้ 2,700 cGy มีปัญหา Active bleed from tumor จึงเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก และได้รับการฉายแสงต่อจนครบตามแผน การรักษาและจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 26 กันยายน 2565 สภาพผู้ป่วยแรกรับ Full conscious On T-T Tube สามารถหายใจRoom air ได้ ไอมีเสมหะขับออกได้เองบางครั้ง On NG tube for feed ผู้ป่วยมีอาการรบกวนที่สำคัญ คือ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยบนเตียง มีแผลเจาะคอ ไอและมีเสมหะบางครั้งต้องช่วย Suction มีสายให้อาหารทางจมูก มีอาการปวด และต่อมา มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 1 ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง โทรติดตามเยี่ยมจำนวน 2 ครั้ง เพื่อรวบรวมข้อมูลและติดตามอาการของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลที่สำคัญด้านความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ การอุดตันทางเดินหายใจ และปัญหาทางด้านจิตใจเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาระกับ

บุคคลในครอบครัว โดยพบว่าผู้ดูแล คือ บุตรสาวของผู้ป่วย อายุ 27 ปี ซึ่งไม่มีความรู้ ไม่มีทักษะและขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

อภิปรายผล

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) นั้นเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมิน และให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วยรวมถึงปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ การดำเนินของโรค และการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และมีความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น⁹ การให้ข้อมูลหรือความรู้เป็นวิธีการหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เอง เพื่อพัฒนาให้ผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นบุคคลสำคัญที่ควรมุ่งเน้นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาพยาบาลเพื่อให้เข้าใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุมครบองค์รวมนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

การนำไปใช้

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย



เอกสารอ้างอิง

- 1.Brandizzi D, Gandolfo M, Velazco ML, Cabrini RL, Lanfranchi HE. Clinical features and evolution of oral cancer : A study of 274 cases in Buneos Aires, Argentina. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008;13:544-8.
- 2.Stewart BW, Greim H, Shuker D, Kauppinen T. Defence of IARC monographs. Lancet 2003;361: 1300.
- 3.Ayaz B, Saleem K, Azim W, Shaikh A. A clinico-pathological study of oral cancers. Biomedica 2011;27:29-32.
- 4.Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1999 CA cancer J Clin. 1999;49:8-31.
- 5.Tytor M, Olofsson J. Prognostic factors in oral cavity carcinomas. Acta Otolaryngol Suppl 1992;492:75-8.
- 6.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เตือนคนไทยเสี่ยงเป็นมะเร็งช่องปาก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก
https://thaicancernews.nci.go.th/_v2/index.php/2020/09/11/110963021021/
- 7.สุวรรณี สิริเลิศระกุล และคณะ, การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพริตติ้ง; 2555.
- 8.Orem DE, Nursing: Concepts of Practices. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
- 9.ศรียรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริขยานุกุล, ธราณี สิริขยานุกุล, อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร่. วารสาร โรคมะเร็ง 2556; 33(4): 132-145.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9

Development of Self-Efficacy Promotion Model to Salt and Sodium consumption Behavior among people with risk of hypertension, Regional Health 9th

(Received: September 16,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

สุรางคณา แสงผล¹

Surangkha Sangpol¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม เขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 -59 ปี จำนวน 328 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 คน ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และประเมินความพึงพอใจ ในพื้นที่ที่ศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรม เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สังเกต สัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 มีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) การพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน (2) การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบคณะทำงาน (3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ (4) การคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ (5) การติดตามประเมินผล โดยทำการทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม เป็นเวลา 7 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ จำนวน 40 คน พบว่า ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การรับรู้ การบริโภคเกลือและโซเดียม โรคความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This operational study aimed to development model of self-efficacy promotion to salt and sodium consumption behavior among people with risk of hypertension, regional health 9th. The research procedure consisted of 3 phases as follows. Phase 1; Study the self-efficacy and salt and sodium consumption behavior situation. The sample group was the risk group for hypertension diseases among 35 to 59 years old totally of 328 participants. Phrase 2; The development model and testing in the model area which the population and purposive sampling were 40 students in risk group for hypertension diseases In phrase 3; evaluate the development model and population's satisfaction of 40 participants. Data was collected through focus group discussions, observations and interviews. Content analysis was used to analyze qualitative data whereas descriptive and Inferential statistics were used to analyze quantitative one. Paired sample t-test was used to compare means.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา



The results from the development of self-efficacy promotion model to salt and sodium consumption behavior among people with risk of hypertension, regional health 9th should consist of (1) human resource preparation through capacity building (2) integrated operation through working group (3) capacity building of process facilitators (4) selection of study area (5) Evaluation: After using a self-efficacy promotion model to salt and sodium consumption behavior building program in 40 participants for 7 weeks, it was shown that the mean score of self-efficacy and behavior on salt and sodium consumption significantly (p -value < 0.001) and the satisfaction assessment results of the self-efficacy promotion to salt and sodium consumption behavior activities in the research area model was also at a very high level.

Keyword: Model development, Self-efficacy, Salt and Sodium consumption, Hypertension diseases.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี 2568 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคน ในปี 2561 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วย จาก 5,186 คน ในปี 2556 เป็น 8,525 คน ในปี 2560⁽¹⁾ โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่ไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยปัจจุบันสำรวจพบว่าคนไทยประมาณร้อยละ 20 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะ 모르ตัวว่าเป็นโรค เมื่อรู้ตัวว่าเป็นส่วนมากจะไม่ได้รับการดูแลรักษาส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากไม่มีอาการทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร⁽²⁾

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต โดยศึกษาการลดปริมาณเกลือและโซเดียมที่

ได้รับในแต่ละวันจากเดิม วันละ 2,100 มิลลิกรัม ลดลงเหลือวันละ 1,200 มิลลิกรัม ในระยะเวลา 2 ปี ทำให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยลดลง 13 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยลดลง 6 มม.ปรอท การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลง 4,600 มิลลิกรัมต่อวัน พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 22.7 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิกลดลง 9.1 มม.ปรอท⁽³⁾ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การลดเกลือและโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรค NCDs ภายใน พ.ศ. 2568 โดยกำหนดให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30.00 ภายใน พ.ศ.2568 และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำว่าประชาชนควรบริโภคน้อยกว่า 5,000 มิลลิกรัมต่อวัน⁽⁴⁾ ประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 โดยค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30 โดยสถานการณ์การการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจ โดยกองโภชนาการกรมอนามัยปี พ.ศ. 2552 พบว่า ประชากรไทยได้รับปริมาณโซเดียมมากถึง 4,351.69 มิลลิกรัมต่อวันต่อคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนไทยได้รับเกลือและโซเดียมในปริมาณที่มากกว่าปริมาณที่แนะนำต่อวันเกือบ 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับนานาชาติ

ข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 9 พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเป็นในทิศทางเดียวกันกับประเทศ ปี 2565 ผลการคัดกรอง ร้อยละ 85.97 ใกล้เคียงประเทศแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 90 และพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 59,041 คน สูงกว่าปีที่ผ่านมา 5,600 คน และยังพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือควบคุมความดันไม่ได้ คิดเป็น ร้อยละ 53.57 สถานการณ์การบริโภคโซเดียมของประชาชน เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ปี 2565 จำนวน 22 ชุมชน 1,320ครัวเรือน 2,859 เมนู ทดสอบด้วย Salt Meter (เครื่องวัดความเค็ม) พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่บริโภคเค็ม (0.71-0.90% mg/100 ml) ร้อยละ 44.0 รองลงมาบริโภคเค็มพอดี (0.30-0.70% mg/100 ml) ร้อยละ 33.6 และบริโภคเค็มมาก (> 0.90% mg/100 ml) ร้อยละ 22.3 จังหวัดนครราชสีมา พบว่าประชาชนส่วนใหญ่บริโภคเค็ม (0.71-0.90% mg/100 ml) ร้อยละ 39.0 รองลงมาบริโภคเค็มมาก (> 0.90% mg/100 ml) ถึงร้อยละ 32.7 และเค็มพอดี (0.30-0.70% mg/100 ml) ร้อยละ 28.3⁽⁵⁾

ทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1998) เป็นทฤษฎีที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และได้รับการยอมรับว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นปัจจัยนำที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพโดยองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ เกิดจากอิทธิพลหลัก 4 ประการ คือ ประสบการณ์ของความสำเร็จ, การได้รับประสบการณ์จากต้นแบบ, การได้รับการโน้มน้าวชักจูงและสภาวะทางกายและอารมณ์⁽⁶⁾ มีการศึกษาหลายเรื่องระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในตนเองกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการประเมินความสามารถตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตทั้งในระดับบุคคลและกลุ่มคน⁽⁷⁾ จาก

การทบทวนงานวิจัย พบว่า มีการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองในการพัฒนาโปรแกรมที่เสริมสร้างความสามารถตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และมีผลให้ระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง⁽⁸⁾

จากสถานการณ์ปัญหาและการทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมยังเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไขพัฒนาสามารถส่งเสริมการป้องกันด้วยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตน อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาไม่มีรายงานการศึกษาถึงการประยุกต์การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการพัฒนาเป็นรูปแบบการสร้างการรับรู้ต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้กรอบการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) กับงานควบคุมโรคไม่ติดต่อให้มีประสิทธิภาพในการสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน และยังเป็นการเสริมสร้างและขยายองค์ความรู้ในการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคต่าง ๆ ของกลุ่มเสี่ยง NCDs ต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9

วิธีการดำเนินการวิจัย



เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะคือ 1) การศึกษาบริบทการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 2) พัฒนารูปแบบและทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR คือ ขั้นตอนแผนการดำเนินการ (Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลลัพธ์ (Reflection) และ 3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบและประเมินความพึงพอใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร ที่ใช้ในการศึกษาบริบทการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านการคัดกรองสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 59,042 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาบริบทการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ของเครจซี่และมอร์แกน⁽⁹⁾ จำนวน 328 คน

กลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาควิเคราะห์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 35 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิ และสุรินทร์ จำนวน 10 คน ตัวแทนของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน ตัวแทนของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน และตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) มีความสามารถรับรู้สื่อความหมายความเข้าใจอ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารกันได้ 2) มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) มีความเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) เป็นผู้ที่มมีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 – 59 ปี อำเภอบัวชุม จังหวัดนครราชสีมา และได้รับการคัดกรองในปี 2565 พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีระดับความดันขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood pressure; SBP) 120-139 มม.ปรอท และระดับความดันขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood pressure; DBP) 80-89 มม.ปรอท กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) มีความสามารถรับรู้สื่อความหมายความเข้าใจอ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารกันได้ 2) มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) มีความเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) เป็นผู้ที่มมีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการ 3 ระยะดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการ

1.1 โดยการศึกษาบริบทการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 328 คน

1.2 ศึกษา ค้นคว้า และ ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและเตรียมชุมชน เตรียมเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ

2. ระยะดำเนินการ

เป็นการร่วมกันวางแผนกิจกรรมและนำกิจกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมไปใช้ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการนำรูปแบบที่พัฒนาได้โดยการสนทนากลุ่ม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาควิชาเครือข่าย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 35 คน โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR มีขั้นตอนการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นวางแผนการดำเนินการ (Planning) เป็นการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงาน ร่วมกับการทบทวนความรู้แนวทางการปฏิบัติการดำเนินการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เริ่มจาก (1) จัดตั้งคณะทำงานการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม (2) พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (3) ออกแบบและวางแผนพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9

2.2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการออกแบบและวางแผนการจัดกระบวนการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมาดำเนินการตามแผนกิจกรรม ประกอบด้วย (1) ประชุมคั่นข้อมูลของผลการสำรวจการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มเสี่ยง

โรคความดันโลหิตสูง เพื่อร่วมวางแผนการแบบกิจกรรม (2) ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงาน (3) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ต้นแบบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้เท่าทันเกลือและโซเดียม

กิจกรรมที่ 2 ตนแลเป็นที่พึ่งแห่งตน

กิจกรรมที่ 3 รับรู้ เปิดใจ ลดเกลือและโซเดียม

กิจกรรมที่ 4 การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์สารทดแทนเกลือและโซเดียม

กิจกรรมที่ 5 เสริมแรงใจห่างไกลโรคความดันโลหิตสูง

2.3 ติดตามประเมิน (Observation) ผู้วิจัยมีการติดตามประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยการสังเกต สัมภาษณ์ สอบถามทุกสัปดาห์และประชุมร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างทุก 2 สัปดาห์

2.4 สะท้อนผล (Reflection) สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งสะท้อนผล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสู่ความสำเร็จ

3. ระยะประเมินผล

หลังใช้รูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทำการประเมินผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 27 ข้อ ใช้มาตรวัดการประมาณค่า Likert Scale มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามทั้งบวกและทางลบ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถามและได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.88

การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนข้อ⁽⁹⁾ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ ตามค่าเฉลี่ยดังนี้

1.00 -2.33 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับต่ำ

2.34-3.66 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับปานกลาง

3.67-5.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ใช้มาตรวัดการประมาณค่า Likert Scale มี 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือ 5 - 7 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสัปดาห์ละ 3 - 4 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสัปดาห์ละ 1 - 2 วัน/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นใน 1 สัปดาห์

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถามและได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.79

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนข้อ⁽⁹⁾ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ ตามค่าเฉลี่ยดังนี้

1.00 -2.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับต่ำ

2.01-3.01 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับปานกลาง

3.02-4.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดการประมาณค่า Likert Scale มี 5 ระดับ 5 ตัวเลือกประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนข้อ⁽⁹⁾ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ตามค่าเฉลี่ยดังนี้

1.00 -2.33 หมายถึง พึงพอใจน้อย

2.34-3.66 หมายถึง ฟังพอใจปานกลาง

3.67-5.00 หมายถึง ฟังพอใจมาก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์สถิติแบบ Paired Samples t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

3. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในประเด็นการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การสะท้อนผล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยสู่ความสำเร็จ

สรุปผลการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อย

ละ 59.7 อยู่ในกลุ่มอายุ 46 – 55 ปี ร้อยละ 33.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 74.6 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.1 อาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำสวน ทำนา) ร้อยละ 61.1 มีรายได้เฉลี่ยรายเดือนต่อครัวเรือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 42.1 ประกอบอาหารรับประทานเอง ร้อยละ 91.9 มีปัญหาสุขภาพอื่นนอกจากเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.1

มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.31, S.D. = 0.651) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ (Mean = 2.01, S.D. = 0.553) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.50, S.D. = 0.612) และด้านการรับรู้ในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.23, S.D. = 0.690) ในส่วนของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.48, S.D. = 0.537) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุดคือ บริโภคอาหารที่มีรสเค็มเป็น “รสเค็ม” ร้อยละ 43.4 รองลงมาคือ อาหารที่ทำเองทำนมมักเติมเครื่องปรุง จำพวกซूपก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส ร้อยละ 35.7 และบนโต๊ะอาหารทำนมมักมีเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว วางไว้เสมอ ร้อยละ 21.3 ตามลำดับ

จากการประชุมได้ให้ข้อเสนอ ควรเชิญภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ประกอบการของครัวเรือน ร้านอาหารในชุมชน เข้าร่วมในกระบวนการสร้างความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม การที่จะจัดประชุมในกลุ่มเป้าหมายนี้อาจจะใช้เวลาามากเกินไป ควรทำเป็นกิจกรรมรณรงค์ การจัดกิจกรรมในพื้นที่ของร้านค้า ตลาดของชุมชน เป็นต้น



ระยะที่ 2 ผลพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR จากการศึกษาพบประเด็นที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนวางแผนการดำเนินการ (Planning) ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานในขั้นวางแผน พบว่า ปัจจัยด้านคน มีคณะทำงานการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่มาจากเครือข่ายด้านสุขภาพในอำเภอ และมีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเพื่อสร้างวิทยากร ในการดำเนินงานขับเคลื่อนการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านเงิน คือ มีงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงพอต่อการดำเนินงาน บรรลุผลสำเร็จตามแผนงาน ปัจจัยด้านวัสดุ/สิ่งของ คือ มีการสนับสนุนสื่อต้นแบบเพื่อใช้เป็นสื่อการสอนที่สถานีรักษสุขภาพ (Health Station) ประกอบด้วย สื่อสิ่งพิมพ์ แผ่นพับ สติกเกอร์ให้ความรู้เรื่องความรู้การบริโภคเกลือและโซเดียม ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ คือ มีการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานเพื่อให้ได้รับทราบทิศทางการทำงานการพัฒนาการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนมือปฏิบัติ (Action) ผลจากการประชุมคืบข้อมูล ข้อมูลที่สำคัญที่ได้จากการประชุมคือ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม และด้านการรับรู้ในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุดคือ บริโภคอาหารที่มีรสเค็มเป็น “รสเค็ม” รองลงมาคือ อาหารที่ทำเองทำหมัก เติมเครื่องปรุง จำพวกซุบก้อน ผงปรุงรส ผงชูรส และบนโต๊ะอาหารทำหมักมีเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว วาไร้เสมอ ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอ ควรเชิญภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้

ประกอบอาหารของครัวเรือน ร้านอาหารในชุมชน ผลจากการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานพัฒนา กลไกแนวทางการขับเคลื่อนและการดำเนินงาน การสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญ (1) การประชุมวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 และทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม จำนวน 7 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 รู้เท่าทันเกลือและโซเดียม, กิจกรรมที่ 2 ตนแลเป็นที่พึ่งแห่งตน, กิจกรรมที่ 3 รับรู้ เปิดใจ ลดเกลือและโซเดียม, กิจกรรมที่ 4 การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์สารทดแทนเกลือและโซเดียม และกิจกรรมที่ 5 เสริมแรงใจห่างไกลโรคความดันโลหิตสูง (3) การติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลครบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอครบุรี และ รพ.สต. ในพื้นที่ ร่วมเป็นวิทยากรกลุ่มย่อย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) ผลการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 พบว่า การคืบข้อมูล ผลการศึกษาบริบทการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 เป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบสถานการณ์เบื้องต้น เพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมต่อไป ทำให้ทุกภาคส่วนมองภาพความสำเร็จของโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนเห็นกิจกรรมที่จะขับเคลื่อน โดยการเลือกพื้นที่ต้นแบบเพื่อเป็นการนำร่องในการทดลองใช้

รูปแบบควรเลือกจากพื้นที่ที่มีความพร้อมตั้งแต่ผู้บริหารระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนความเข้มแข็งและการทำงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อจะได้พัฒนาทักษะตามกิจกรรมที่ได้วางไว้และเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ประเมินผลโปรแกรมเพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ได้ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 มาจัดเวทีสรุปประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 ในประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และคืนข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนงาน

ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9

1) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม (Mean = 4.05, S.D. = 0.507) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (Mean = 2.06, S.D. = 0.679) โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม (Mean =

2.78, S.D. = 0.664) เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา รูปแบบฯ (Mean = 1.81, S.D. = 0.879) โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

3) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.5, S.D. = 0.554) เมื่อพิจารณารายข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรม (Mean = 4.7, S.D. = 0.542) และประเด็นที่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม (Mean = 4.0, S.D. = 0.545)

4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ, ความสามัคคีของคนในชุมชน และภาคีเครือข่าย, กิจกรรมที่ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง, การสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน, มีแนวปฏิบัติที่ดีเป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน, งบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เชื่อถือได้และทันต่อสถานการณ์

อภิปรายผล

การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผล ดังนี้

จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการดำเนินงานพบว่า การประชุมชี้แจงขับเคลื่อนแผนการ

ดำเนินงานโครงการให้กับเครือข่ายในพื้นที่ ทำให้ทุกภาคส่วนทราบแผนการดำเนินงาน และมองภาพความสำเร็จของโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับการคืนข้อมูลผลการสำรวจการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับทราบสภาพปัญหา สถานการณ์ของพื้นที่ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมได้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ต่อไป ซึ่งการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต้องอาศัยกลวิธีและโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชน ซึ่งกลวิธีและโปรแกรมจะเป็นในลักษณะของการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิต และแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อของตนเองและครอบครัวได้⁽¹⁵⁾

จากการศึกษาการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 ในขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดรูปแบบในการขับเคลื่อนงานที่เป็นรูปธรรม ปัจจัยด้านคนมีความสำคัญอย่างยิ่งเริ่มจากการคัดเลือกคนเข้ามาเป็นคณะทำงาน การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเพื่อสร้างวิทยากร ในการดำเนินงานขับเคลื่อนการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รวมไปถึงการจัดทำโครงการให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ การมีงบประมาณ สื่อ อุปกรณ์ในการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ เพื่อให้โครงการขับเคลื่อนได้ และที่สำคัญมีการประชุมกันเป็นระยะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อใช้ในการกำกับติดตามประเมินผลและรับทราบปัญหาอุปสรรคระหว่างการทำงานซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎี

4M's⁽¹⁰⁾ หลักการบริหารจัดการทุกประเภท จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารจัดการที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการบริหาร เพราะการบริหารจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ต้องอาศัยบุคลากรที่มีคุณภาพมีปริมาณเพียงพอ ต้องได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการเพียงพอ ต้องมีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความต้องการของแผนงานและโครงการและต้องมีระบบการจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้วิเคราะห์ขั้นตอนการดำเนินงาน พบว่า การคืนข้อมูลผลการสำรวจการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบสถานการณ์ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ เพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรม ทำให้ทุกภาคส่วนมองภาพความสำเร็จของโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับจันทกานต์ วลัยเสถียร และเบญจมาศ อุนรัตน์⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า การวิเคราะห์ขั้นตอนการดำเนินงานพบว่า การประชุมชี้แจงขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานโครงการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับเครือข่ายในพื้นที่ ทำให้ทุกภาคส่วนทราบแผนการดำเนินงาน และมองภาพความสำเร็จของโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับการคืนข้อมูลผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้รับทราบสภาพปัญหา สถานการณ์ของพื้นที่ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมได้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาบริบทของพื้นที่โดยเป็นหนึ่งในมาตรการขับเคลื่อนงานการสร้างเสริมความรอบรู้ในสถานศึกษา โดยเริ่มจากการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการศึกษา ให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถไปขยายผลการสร้างเสริมความรอบรู้

ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียน โดยการเลือกพื้นที่นำร่องในการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และดำเนินการพัฒนาทักษะความรู้ตามกิจกรรมที่ได้วางไว้ และเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ประเมินผลของโปรแกรมเพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาต่อไป

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอศรีนครราชสีมา ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแบบฯ พบว่า หลังการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาแบบฯ โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับ ญูรัตน์ เสือโต และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมความดันโลหิตก่อนการทดลอง ที่ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมความดันโลหิตหลังทดลองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่กำหนด แสดงให้เห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตโดยรวมที่วางแผนไว้และได้ปฏิบัติจริงโดยผู้วิจัยได้เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถให้กับกลุ่มทดลองด้วยการฝึกทักษะพฤติกรรมการที่เฉพาะเจาะจงเรื่องการเลือกอาหารลดเกลือโซเดียมอ่านฉลากเกลือในเครื่องปรุงรส และอาหารสำเร็จรูป ร่วมกันออกแบบเมนูอาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอศรีนครราชสีมา ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแบบฯ พบว่า หลังการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

โรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาแบบฯ โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับ รัตนพร พัฒนะโชติ⁽¹³⁾ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังคงสอดคล้องกับ ปิยรัตน์ ชลสินธุ์ และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น รวมถึงมีปริมาณโซเดียมที่ได้รับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทสรุปของการพัฒนาแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นร่วมกับเครือข่ายมีผลต่อพัฒนาการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของประชาชนในพื้นที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงบรรลุผลตามความมุ่งหมายของการศึกษาที่ตั้งไว้ทุกประการ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ความสำเร็จของการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งที่สำคัญมาจากการคัดเลือกคนเข้ามาเป็นคณะทำงานรวมถึงการจัดทำโครงการให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และการมีงบประมาณสนับสนุนจึงจะทำให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปอย่างได้รับความร่วมมือ ดังนั้น จึงควรกำหนดเป็นประเด็นปัญหาให้ชัดเจนในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ระบุถึงประเด็นการบริโภคเกลือและ



โซเดียมสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

2. จากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม เปลี่ยนแปลงหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมนั้นควรมีกิจกรรมที่เป็นการเชื่อมโยงสนับสนุนการเสริมสร้างการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมนอกเหนือจากการสร้างการรับรู้ในสถานบริการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่แล้วควรมีจุดบริการที่หลากหลาย เช่น สถานีรักษาสภาพ (Health Station) มีการติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่พร้อมกับประยุกต์การจัดกระบวนการสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมให้กับผู้

ประกอบอาหารทั้งในตลาดนัด หรือตลาดของอำเภอ รวมถึงผู้ประกอบการในครัวเรือน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยเชิงประเมินผล เพื่อติดตามผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และนำผลมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงได้

2. ควรพัฒนารูปแบบในกลุ่มผู้ประกอบการอาหารในครัวเรือน ร้านอาหาร รวมถึงแม่ครัวในโรงเรียน โรงพยาบาล ในประเด็นความรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคเกลือและโซเดียม

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐอิพรรณ พันธุ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และสรณรัตน์ ลัทธิ. (2562). ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี2562. สืบค้น 8 กันยายน 2565, จาก <http://www.thaihypertension.org/information.html>
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2563). โรคความดันโลหิตสูง. สืบค้น 27 ตุลาคม 2565, จาก <http://www.thaihypertension.org/information.html>
3. กาญจนา มณีทัพบ, และสมจิต แดนสีแก้ว. (2560). สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลทางขวาง อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(4), 140-149.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). เอกสารหลักประกอบการพิจารณาติชมฯสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (ncds) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8. นนบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
5. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. (2565). สถานการณ์และการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา.
6. Bandura, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
7. Hu, H., Li, G. and Arao, T. 2013. Validation of a Chinese version of the self-efficacy for managing chronic disease 6-item scale in patients with hypertension in primary care. Hindawi Publishing Corporation ISRN Public Health. Vol. 2013.
8. ยุภาพร นาคกลิ้ง ทศนีย์ รวีวรกุล พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญ เสริมศักดิ์ และวราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2555). ผลของการประยุกต์ ทฤษฎีความสามารถต่อการพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 28(1): 160-70.
9. สมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สารคามเปเปอร์.
10. เกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ. (2560). หลักการ 4m. สืบค้น 27 ตุลาคม 2565, จาก <http://ioklogistics.blogspot.com>.

11. จันทกานต์ วลัยเสถียร, เบญจมาศ อุนรัตน์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2022;28(1):27-37.
12. ณัฐินี เสือโต แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ ทศนีย์ รวีวรกุล และ มธุรส ทิพยมงคลกุล. (2561).ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. ปีที่ 32 ฉบับที่ 2.หน้า95-113.
13. รัตนพร พัฒนะโชติ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมต่ำในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2559.
14. ปิยรัตน์ ชลสินธุ์, จุฬารักษ์ กวีวิรัชย์, นริมาลย์ นิละไพจิตร, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ. ผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิต ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปริมาณโซเดียมที่ได้รับ และระดับความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารสภาการพยาบาล. 2559;31(4):63-75.
15. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-67.



การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ : กรณีศึกษา Nursing care for patients with thyroid carcinoma receiving total thyroidectomy with modified dissection at neck: a case study

(Received: September 19,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

วรรณสินี คำหาญ¹

Wunsanee Kumhan¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 69 ปี มาด้วยอาการสำคัญ มีก้อนโตที่คอด้านขวา ทำ Fine Needle Aspiration แพทย์วินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ และนัดมาทำผ่าตัด โดยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 16 สิงหาคม 2565 ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ระยะผ่าตัด เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เส้นประสาทจากการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง มีภาวะเสียเลือดเนื่องจากเส้นเลือดฉีกขาด ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ อุณหภูมิร่างกายต่ำ มีอาการปวดแผล พยาบาลได้เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ให้การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ช่วยแพทย์หยุดเลือด หลังผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 23 สิงหาคม 2566 รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 7 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคมะเร็งต่อมไทรอยด์, การผ่าตัดต่อมไทรอยด์

Abstract

This case study aims to study nursing care of patient with thyroid carcinoma receiving total thyroidectomy with modified dissection at neck

The results of the study found that a 69-year-old Thai female patient presented with significant symptoms. The patient had a large lump on the right side of neck and then was check by a Fine Needle Aspiration. The doctor diagnosed that patient had a thyroid cancer. Doctor made an appointment for total thyroidectomy. Patient was admitted to the hospital on 16 August 2022. In the preoperative period, patient was worried due to lack of knowledge. Surgery period, patient had a risk of injury to nearby organs, nerve from lymph node removal surgery showed blood loss due to a torn blood vessel. Postoperative period, patient had a risk of respiratory obstruction, low body temperature and wound pain. The nurse prepared before surgery and provided nursing care to monitor for complications during surgery and helping doctors stop bleeding. After surgery, the patient is safe and was rehabilitated and discharged on August 23, 2023, total hospital admission for 7 days.

Keywords: Nursing care, thyroid carcinoma, total thyroidectomy

บทนำ

มะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นโรคที่มีความหลากหลายในการดำเนินโรค อาจจะไม่มีความรุนแรงเลย โดยผู้ที่ป่วยโรคนี้สามารถมีชีวิตยืนยาว

ได้เหมือนคนปกติ หรืออาจมีความรุนแรงมากถึงขนาดที่ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตได้ภายในไม่กี่เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งต่อมไทรอยด์ ซึ่งมีตั้งแต่ ชนิด well differentiated thyroid

¹ จังหวัดลพบุรี

carcinoma ไปจนถึง anaplastic carcinoma มะเร็งต่อมไทรอยด์มักไม่โตเร็ว แต่เมื่อโตก็ตามที่พบว่าก้อนโตเร็ว ก้อนมีขนาดใหญ่ แฉก และยึดติดกับอวัยวะข้างเคียงมักบ่งชี้ถึงมะเร็ง อาการเจ็บที่ก้อนพบได้ในกรณีมีเลือดออกในก้อน สำหรับมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด anaplastic หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองของต่อมไทรอยด์ (thyroid lymphoma) อาจมีอาการอักเสบที่ผิวหนังเหนือก้อน (erythema) และอาการไข้ ก้อนโตเร็ว และเจ็บที่ก้อนได้ ประวัติการได้รับรังสีที่คอตั้งแต่อายุน้อยก็เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง อาการเสียงแหบ อาการไอ หรือกลืนลำบาก หายใจ มีเสียงผิดปกติ แน่นอึดอัดคอเวลานอนหงาย ล้วนบ่งชี้ถึงอาการของก้อนที่โตจนกดเบียดอวัยวะใกล้เคียง ซึ่งเพศชาย ผู้ป่วยสูงอายุและการตรวจพบก้อนตั้งแต่อายุน้อยก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็ง สำหรับการรักษาก็แตกต่างกันไป จึงจำเป็นมากที่ต้องวินิจฉัยให้แน่นอนเสียก่อนว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดไหน เพื่อที่จะวางแผนการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม^{1,2}

จากการรายงานต่างประเทศมะเร็งต่อมไทรอยด์พบประมาณ 1.5% ของมะเร็งทั้งหมดอุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมไทรอยด์ในสหรัฐอเมริกาประมาณ 50 คนต่อประชากร 100,000 คน และอัตราการตาย 6 คนต่อ 1,000,000 คน ในแต่ละปี ในค.ศ. 2019 ที่สหรัฐอเมริกาพบโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ในคนไข้ใหม่มากกว่า 12,000 ราย ส่วนอุบัติการณ์ของก้อนในต่อมไทรอยด์พบประมาณ 4% และจากการตรวจสภาพศพ พบมะเร็งขนาดเล็กในต่อมไทรอยด์ประมาณ 13-24% ในสหรัฐอเมริกาโดยพบสูงสุดในชาวญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ที่รัฐฮาวาย คือ 24% ในประเทศไทยมีรายงานพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่เพิ่มขึ้นโดยพบเพิ่มขึ้นเป็น 6.9 คน ต่อประชากร 100,000 รายในผู้หญิง และ 1.6 คน ต่อประชากร 100,000 รายในผู้ชาย ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 เทียบจาก 5.6 คน ต่อประชากร 100,000 ราย ในผู้หญิง และ 1.4 คนต่อประชากร 100,000 รายในผู้ชาย ในช่วง

ปี พ.ศ. 2559-2561 ส่วนสถิติมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจากรายงานระหว่าง พ.ศ. 2563 -2565 พบผู้ป่วยใหม่ 34 ราย, 37 ราย และ 42 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา จำนวน 23 ราย, 28 ราย และ 31 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹⁻³

พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญนับตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะทำการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เฝ้าระวังความปลอดภัยในขณะผ่าตัด สามารถเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้เพียงพอ ถูกต้องและเหมาะสม มีความคล่องตัวในการส่งเครื่องมือ และเหมาะสมกับขั้นตอนการผ่าตัด สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ มีการดูแลให้การพยาบาลและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดจนกระทั่งออกจากห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย หลังผ่าตัด และประเมินถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำและปลอบโยนให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงได้⁴

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพ คู่ ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 6 อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา ตำบลทะเลชุบศร อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

วันที่รับไว้ในความดูแล 16 สิงหาคม 2565

วันที่เข้ารับการผ่าตัด 17 สิงหาคม 2565

อาการสำคัญ

มีก้อนที่คอด้านขวา เสียงแหบ 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์นัดมาทำผ่าตัด



ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อนที่คอด้านขวา ก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ แต่ไม่ได้รับการรักษา

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ก้อนที่คอด้านขวาโตขึ้น และเริ่มแน่นคอ มีเสียงแหบ จึงมาตรวจ และได้รับการทำ Fine Needle Aspiration ส่งตรวจชิ้นเนื้อ พบ CA Thyroid

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือดสูง 8 ปี รักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รับประทานยาต่อเนื่อง เคยผ่าตัดโรคข้อเข่าเสื่อม ปี 2564

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารทุกชนิด

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและโรคติดต่อใด ๆ

ยาโรคประจำตัว Amlodipine (10) 1 tab oral OD pc, Simvastatin (20) 1 tab oral hs

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคติดต่อทางพันธุกรรม และไม่มีประวัติโรคจิตโรคประสาทในครอบครัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: หญิงวัยสูงอายุ รูปร่างอ้วน สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี

ผิวหนังและเล็บ: ปกติ ไม่แห้งแตก ไม่มีผื่นคัน ไม่มีบาดแผล

ศีรษะ ใบหน้า: ปกติ ได้รูปสมมาตร ใบหน้าไม่เหลือง

ตา: ไม่ซีด เปลือกตาสีแดง เยื่อบุตาปกติไม่มีเลือดออก รูม่านตาเท่ากันทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 2.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง

หู: รูปร่างปกติ ไม่มีสารคัดหลั่งผิดปกติออกจากหู ได้ยินเสียงชัดเจนดี

จมูก: รูปร่างจมูกปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีเลือดออก ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณโพรงจมูก

ปาก: ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ใฝ่ฟันปลอม 2 ซี่ มีฟันผุ 2 ซี่ ไม่มีอาการกลืนลำบาก ในช่อง

ปาก ไม่มีแผล มีก้อนบริเวณคอด้านขวาขนาดประมาณ 4 x 5 เซนติเมตร

คอ: ลักษณะลำคอเรียวยาว มองเห็นก้อนที่โตประมาณ 4 x 5 เซนติเมตร ก้อนอยู่ค่อนข้างไปทางขวา ลักษณะก้อนเคลื่อนขึ้นลงตามการกลืน ผิวหนังบริเวณก้อนเรียบไม่ขรุขระ ด้านข้างลำคอไม่พบต่อมน้ำเหลือง กลืนอาหารได้ปกติ

ทรวงอกและปอด: รูปร่างเท่ากันทั้งสองข้าง ขยายได้ดีเท่ากันทั้งสองข้าง หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอาการแน่นหน้าอก ฟังปอดไม่มีเสียง crepitation และ wheezing อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

หัวใจ: อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 84 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

ท้องและช่องท้อง: ไม่มีอาการกดเจ็บ ท้องไม่อืด ไม่มีอาการปวดท้อง เสียง bowel sound ปกติ

ระบบกล้ามเนื้อ: ลักษณะปกติกล้ามเนื้อกำลังปกติ

ต่อมน้ำเหลืองที่คอและรักแร้: คลำพบก้อนที่คอด้านขวา มีอาการกดเจ็บเล็กน้อย

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

WBC 8,110 cell/cu.m.m, Platelet 218,000 cell/cu.m.m Hct 39.4%

Na 140 mmol/L, K 3.59 mmol/L, Cl 104 mmol/L, CO₂ 26.8 mmol/L, BS 94 mg/dL, PT 11.7 sec, INR 0.99, PTT 28.9 sec

TSH 1.73 uU/ml, FT4 1.09 ng/dL, FT3 2.89 pg/ml

การตรวจพิเศษอื่น ๆ

Chest X- Ray: Mild cardiomegaly, Mild curvature of spine

EKG: Normal Sinus Rhythm

HR=78/min

การวินิจฉัยโรคแรกพบ CA Thyroid

การผ่าตัด Total Thyroidectomy with Right modified dissection with stop bleeding at neck

ผู้ป่วยรายนี้มีความจำเป็นต้องทำผ่าตัด โดยแพทย์นัดทำผ่าตัดเวลา 09.00 น. ของวันที่ 17 สิงหาคม 2565 ได้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทางร่างกายและจิตใจ โดยได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิงก่อนผ่าตัด เวลา 15.00 น. ของวันที่ 16 สิงหาคม 2565 เมื่อไปถึงหอผู้ป่วยได้ทักทายกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแล้วแจ้งจุดประสงค์ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ จากนั้นนำแฟ้ม

ประวัติและใบบันทึกรายงานต่าง ๆ ของผู้ป่วยมาศึกษาดูก่อนที่จะเข้าไปพบกับผู้ป่วย จากการไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คิ้ว ขมวด ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส บอกว่ากลัวการผ่าตัด กลัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และไม่ทราบว่าต้องรักษาอย่างไรบ้าง จะต้องทำอะไรบ้าง ต้องอยู่โรงพยาบาลนานเท่าไร ซึ่งสามารถนำมาสรุปปัญหาได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ปัญหาที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล คิ้ว ขมวด ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส 2. ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวการผ่าตัด ไม่เคยทำผ่าตัด” 3. ผู้ป่วยถามว่า “จะอยู่โรงพยาบาลนานเท่าไร” “จะต้องทำอะไรบ้าง” 4. ผู้ป่วยบอกว่า “นอนหลับๆ ตื่นๆ”	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยแนะนำตัว และพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง สัมผัสผู้ป่วยยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยและแสดงความจริงใจในการช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจและเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงได้ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมาเร็งต่อมไทรอยด์ และแผนการรักษาของแพทย์ การผ่าตัดเป็นวิธีที่จะแก้ไขภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยให้ความมั่นใจว่าแพทย์และพยาบาลจะให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด 3. อธิบายถึงกระบวนการเข้าห้องผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด ระยะเวลาโดยประมาณที่ใช้ในการผ่าตัด และการพักฟื้นในห้องผ่าตัด เวลาที่จะไปห้องผ่าตัด และเวลาที่คาดว่าจะกลับหอผู้ป่วย 4. อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะที่ห้องผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแล้ว การเตรียมผิวหนังตั้งแต่บริเวณฝีปากล่าง ลำคอ ลงมาถึงบริเวณใต้ราวนม และบอกถึงสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการมีแผลผ่าตัดที่คอกยาวประมาณ 5-6 เซนติเมตร และจะมีท่อขนาดเล็กๆจากแผลผ่าตัด เพื่อระบายเลือดและสารคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด 5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ก่อนการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยทุกครั้ง และเปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และให้กำลังใจผู้ป่วย 6. แนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าญาติสามารถเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอดเวลาหลังผ่าตัด 7. สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างถูกวิธี จะช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจภายหลังการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง 8. สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวลลง เข้าใจและยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และการผ่าตัดผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัด และการรักษาของแพทย์ โดยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องโรคและการผ่าตัด ตลอดจนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
การพยาบาลผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากกลัวการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยกระสับกระส่ายบอกว่ากลัวการผ่าตัด “ตอนผ่าเข้ายังไม่ค่อยกลัว” 2. ผู้ป่วยบอกว่ารำคาญสายน้ำเกลือ	1. พยาบาลประจำห้องผ่าตัดสร้างสัมพันธ์ภาพ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร อ่อนโยน ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำตามความเหมาะสม ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก 2. จัดสภาพแวดล้อมบริเวณรอผ่าตัดให้เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน เจ้าหน้าที่พยาบาลไม่พูดคุยกันดังบริเวณที่ผู้ป่วยนอนรอผ่าตัด 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามความเหมาะสม โดยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการตกเตียง 4. ไม่ละทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง ดูแลไม่ให้มีการเปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยมีผ้าห่มให้ 5. อธิบายถึงความจำเป็นในการให้สารน้ำ และดูแลสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำไม่ให้บวมแดง ประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกสบายมากขึ้นอาการกระสับกระส่ายลดลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น เข้าใจถึงความจำเป็นในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการผ่าตัดมากขึ้น
ปัญหาที่ 2 อาจเกิดความผิดพลาดในการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน มีผู้ป่วยนอนรอเพื่อทำผ่าตัดหลายราย	กิจกรรมพยาบาล 1. พยาบาลประจำห้องผ่าตัดรับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดก่อนเวลาอย่างน้อย 30 นาที เพื่อตรวจสอบสิ่งของที่ติดมากับผู้ป่วย เช่น ฟันปลอม เสื้อชั้นใน แหวน เครื่องประดับ และของมีค่าต่าง ๆ 2. เมื่อรับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดพยาบาลประจำห้องก่อนผ่าตัดที่ทำหน้าที่รับผู้ป่วย ตรวจสอบชื่อ สกุล อายุ HN AN ป้ายข้อมือให้ตรงกับตารางผ่าตัด และแขวนป้ายห้องที่ผู้ป่วยจะเข้าผ่าตัด ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไว้หน้าห้องผ่าตัด 3. พยาบาลประจำห้องผ่าตัดตรวจรับผู้ป่วยจากห้องก่อนผ่าตัดด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องของบุคคลไข้ และตรวจดูเอกสารที่มีความสำคัญต่อการผ่าตัด เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานประจำตัวผู้ป่วยและใบเซ็นยินยอมผ่าตัด 4. ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พยาบาลประจำห้องผ่าตัดถาม ชื่อ-สกุล ของผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ ชื่อ-สกุล ด้วยตนเองและเปรียบเทียบกับป้ายข้อมือ พบว่ามีการระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามตารางแผนการรักษาไม่มีความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย
การพยาบาลระหว่างผ่าตัด ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. หลังผ่าตัดเสียเลือดจากการผ่าตัด 100 ซีซี 10 นาทีต่อมามีเลือดออกที่แผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น 500 ซีซี 2. สัญญาณชีพ ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินบริเวณผ่าตัดและลักษณะทางกายวิภาคของบริเวณผ่าตัด พิจารณาส่ง Army navy retractor ให้ผู้ช่วยแพทย์ดึงถ่างชั้นกล้ามเนื้อแยกจาก Carotid Sheath ช่วยดึงถ่างบริเวณผ่าตัดให้เห็นชัดเจน ใช้ Vein retractor ไว้สำหรับการดึงรั้งเส้นเลือดในขณะที่เลาะต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม 2-4 เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดใหญ่ 2. ทีมพยาบาลช่วยผ่าตัด โดยพยาบาลช่วยแพทย์ผ่าตัดใช้เครื่องมือหนีบจับเส้นเลือดช่วยผูกเส้นเลือดบริเวณที่มีเลือดออกมาก ช่วยดึง retractor เพื่อให้เห็นบริเวณผ่าตัดที่มีเลือดออกชัดเจน พยาบาลส่งเครื่องมือ ส่งเครื่องมือหนีบจับเส้นเลือดและไหมผูกเส้นเลือดด้วยความเร็วและถูกขั้นตอน ทำให้แพทย์สามารถห้ามเลือดได้ 3. พยาบาลช่วยรอบนอก จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ไหมผูกเส้นเลือดที่ต้องการเพิ่มเติมได้ถูกต้องอย่างรวดเร็ว และตรวจดูจำนวนโลหิตในขวด suction นับจำนวนผ้าซับโลหิตที่เปื้อนเลือด เพื่อใช้ในการประเมินภาวะการเสียเลือดขณะผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. ประสานร่วมกับวิสัญญีพยาบาลวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที และดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำคือ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr เจาะ Hct 27% ให้เลือดทดแทน PRC 2 unit เพื่อทดแทนสารน้ำและเลือดที่ร่างกายสูญเสียไป 5. สังเกตจำนวนและสีของปัสสาวะ เพื่อใช้ประเมินสภาวะของผู้ป่วยในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกนาน ทำให้สมรรถภาพการทำงานของไตไม่ปกติ 6. สังเกตอาการ ปลายมือ ปลายเท้า และเปลือกตา เหงื่อออก ตัวเย็น เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง 7. บันทึกจำนวนเลือดที่เสียไป เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและทราบอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินผล ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัดรวม 600 ซีซี สามารถหยุดเลือดสำเร็จ Hct 32% สัญญาณชีพ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/80-160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 80-120 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ หายใจสม่ำเสมอ 18-22 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยไม่มีอาการปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียว เปลือกตาซีดและเหงื่อออก ผู้ป่วยมีปัสสาวะออก 40 ซีซี/ชั่วโมง สีเหลืองใส
ปัญหาที่ 2 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในการจัดทำเพื่อทำผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย เก็บแขนแนบลำตัว ผู้รัดขาทั้ง 2 ข้าง 2. ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะ hyperextension ของคอตลอดระยะเวลาการผ่าตัดนานประมาณ 6 ชั่วโมง 30 นาที	กิจกรรมการพยาบาล 1. ทีมพยาบาลช่วยผ่าตัดจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการจัดทำผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการจัดทำผู้ป่วย 2. พยาบาลช่วยผ่าตัดและพนักงานห้องผ่าตัดร่วมกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ช่วยกันจัดทำ ในการทำผ่าตัดโดยใช้หมอนทรายหนุนบริเวณไหล่ และใต้คอ วางศีรษะบนห่วงยาง เก็บแขนแนบลำตัว และใช้เข็มขัดรัดขาผู้ป่วยไว้ 3. พยาบาลช่วยรอบนอกดูแลไม่ให้เกิดการกดทับเส้นประสาทโดยใช้หมอน และอุปกรณ์รองรับบริเวณปุ่มกระดูก และข้อต่าง ๆ ตลอดจนส่วนโค้งส่วนเว้าของร่างกายโดยใช้ผ้านุ่ม ๆ รองรับและไม่รัดแน่นเกินไป 4. พยาบาลช่วยรอบนอก ดูแลเรื่องการปรับเตียงผ่าตัดทุกครั้งระมัดระวังการกดทับส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย 5. พยาบาลช่วยรอบนอกตรวจสอบรอยถลอกและรอยเขียวช้ำบริเวณแขนและขา 6. หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ติดตามดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเพื่อตรวจสอบการขาดจากการกดทับของแขนและขา ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของการถูกกดทับเส้นประสาท โดยส่วนของแขนขาบริเวณที่ผู้รัด สีของผิวไม่มีรอยถลอกหรือรอยเขียวช้ำ และผู้ป่วยไม่รู้สึกรำคาญที่แขนหลังทำผ่าตัด
ปัญหาที่ 3 อาจเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท Recurrent laryngeal nerve ข้อมูลสนับสนุน มี Recurrent laryngeal nerve บริเวณต่อมไทรอยด์	กิจกรรมการพยาบาล 1. เตรียม indirect laryngoscope ให้ศัลยแพทย์ตรวจดู vocal cord เพื่อเป็นพื้นฐานก่อนการทำผ่าตัด 2. Exposure แผลให้กว้างพอให้เห็นเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ให้ชัดเจน 3. เลาะจาก upper pole ลงมาโดยใช้ Dissecting sponge เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของ Recurrent Laryngeal Nerve 4. ส่ง Curved Artery clamps ให้แพทย์หา Recurrent laryngeal nerve ซึ่งอยู่เหนือ carotid artery



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. บริเวณใกล้ Recurrent laryngeal nerve พบมีจุด Bleeding ส่ง artery clamps ให้แพทย์จับและผูกด้วย Silk 3/0 ไม่ใช่จี้ เพื่อป้องกัน Recurrent laryngeal nerve Injury 6. เลาะเนื้อเยื่อเหนือ Recurrent laryngeal nerve โดยใช้ Curved artery clampsหนีบ ตัดด้วย Metzenbaum และผูก ด้วย silk 3/0 จนถึง cricothyroid joint 7. ตัดก้อนจนถึงบริเวณ Isthmus 8. Stop bleeding ด้วยการผูกด้วย Silk 9. เตรียม indirect laryngoscope ให้ศัลยแพทย์ตรวจดูความผิดปกติของ vocal cord ผิดปกติ ประเมินผล ผู้ป่วยมี Vocal cord ผิดสามารถขยับไปมาได้ ไม่มีอาการเสียงแหบหลังผ่าตัด
ปัญหาที่ 4 อาจเกิดอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องมือและมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. การผ่าตัดต่อมไทรอยด์เป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องเปิดแผลใช้ผ้าซับโลหิตและใช้เครื่องมือหลายชนิดในการทำผ่าตัด 2. การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าในการตัดและก่อนไทรอยด์ 3. มีการวางแผนสื่อนำไฟฟ้าที่บริเวณช่องผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดทุกชนิดให้อยู่ในสภาพที่ดีมีส่วนประกอบของเครื่องมือครบถ้วนทั้งก่อนนำไปใช้และก่อนสิ้นสุดการผ่าตัด 2. ระวังการจี้เครื่องมือที่เป็นของมีคม ใช้หลักการส่งเครื่องมือแบบ non-touch technique และเมื่อใช้แล้วเก็บให้เรียบร้อย 3. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลรอบนอกร่วมกันตรวจนับเครื่องมือเครื่องใช้และผ้าซับโลหิตทุกครั้งก่อนเริ่มการผ่าตัด เปลี่ยนที่มัดมัด และก่อนสิ้นสุดการผ่าตัด 4. ดูแลผู้ป่วยในการวางแผนสื่อนำไฟฟ้า และใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าโดย 4.1 ตรวจสอบระบบเตียงไฟฟ้า ก่อนนำผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด 4.2 ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องจี้ไฟฟ้าให้มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งจะใช้งานได้ตลอดเวลา 4.3 ตรวจสอบตำแหน่งที่วางแผนสื่อนำไฟฟ้า ที่ใช้กับผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยก่อนปูผ้าคลุมปลอดเชื้อ 4.4 ตรวจสอบอุปกรณ์ที่เป็นสื่อนำไฟฟ้าที่ติดมากับผู้ป่วย เช่น แหวน สร้อยคอ เป็นต้น 4.5 ขณะผ่าตัดระวังไม่ให้หัวจี้ไฟฟ้าสัมผัสกับผิวหนังบริเวณนอกแผลผ่าตัด และอวัยวะสำคัญต่าง ๆ การประเมินผล ไม่เกิดอุบัติเหตุในการใช้เครื่องมือและไม่มีสิ่งของตกค้างในแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดจำนวนผ้าซับโลหิตครบตามจำนวนที่นับก่อนผ่าตัด ไม่พบรอยไหม้จากการวางแผนสื่อนำไฟฟ้า หลังผ่าตัดไม่พบรอยไหม้หรือผื่นแดงจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า
ปัญหาที่ 5 อาจเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากร่างกายปรับตัวต่ออากาศหนาวเย็นไม่ดี ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ชอบอากาศหนาว หนาวมากจะสั่น 2. ทำผ่าตัด 6 ชั่วโมง 30 นาที 3. อุณหภูมิของห้องผ่าตัด 22 องศาเซลเซียส 4. ผู้ป่วยปลายมือปลายเท้าเย็น	กิจกรรมการพยาบาล 1. ห่มผ้าปกคลุมร่างกายที่สัมผัสอากาศภายนอก เพื่อให้ร่างกายอบอุ่น 2. ปรับเครื่องทำความเย็น ให้อุณหภูมิอยู่ประมาณ 24 องศาเซลเซียส 3. ประสานงานกับพยาบาลวิสัญญี นำ Blanket warmer ให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด 4. ระวังการล้างน้ำ ใช้น้ำยา ไม่ให้บริเวณผ่าตัดมีผ้าเปียกชื้น 5. ประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จากการวัดอุณหภูมิ ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีตสัญญาณชีพ โดยอัตราการเต้นของชีพจรต้องไม่ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต้องไม่ต่ำกว่า 100 / 60 มิลลิเมตรปรอท การประเมินผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ร่างกายผู้ป่วยไม่เย็น มืออุ่น สีผิวปกติ ไม่ซีด เล็บเป็นสีชมพู อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยได้ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 76-88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท
ปัญหาที่ 6 อาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ระยะเวลาการผ่าตัด 6 ชั่วโมง 35 นาที 2. ภายหลังการผ่าตัดได้รับการใส่ท่อระบายจากแผลต่อลงขูดสุญญากาศ (radivac drain)	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดเตรียมและตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัด เครื่องผ้า และวัสดุทางการแพทย์ทุกชนิดที่จะใช้ในการผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ โดยสังเกตการเปลี่ยนสีและตรวจสอบวันหมดอายุจาก Autoclave tape และพร้อมที่จะเปิดเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภายในห้องผ่าตัด 2. ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด โดย - แพทย์และทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ใส่หมวกผูกmask ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ทีมผ่าตัดล้างมือเตรียมใส่เสื้อกาวน์ และใส่ถุงมือผ่าตัดอย่างถูกเทคนิคปลอดเชื้อ - พยาบาลช่วยรอบนอกทำความสะอาดบริเวณผ่าตัด มีการฟอกผิวหนังอย่างถูกวิธีและถูกเทคนิคปลอดเชื้อ - ศัลยแพทย์และพยาบาลช่วยผ่าตัด ทายาฆ่าเชื้อโรคและปูผ้าคลุมผู้ป่วยอย่างถูกเทคนิค - พยาบาลส่งเครื่องมือระมัดระวังการปนเปื้อนของเครื่องมือ เครื่องใช้ แยกเครื่องมือที่มีการปนเปื้อนออกจากเครื่องมือที่สะอาด - เมื่อศัลยแพทย์เย็บปิดแผลผ่าตัดชิ้นสุดท้ายแล้ว พยาบาลช่วยผ่าตัดจะดูแลแผลผ่าตัดให้เรียบร้อย ทาน้ำยาฆ่าเชื้อบนรอยแผลผ่าตัด ปิดด้วยก๊อสคลีปิดวางบนแผลผ่าตัด และปิดแผลให้แน่น เพื่อให้เกิด pressure หลังจากนั้นเช็ดรอยกราบเลือดและร่อนน้ำยาบริเวณรอบแผลผ่าตัดจนสะอาด - ดูแลสาย radivac drain ให้ทำงานในระบบปิด และสายไม่หัก พับ งอ 3. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนออก สวมเสื้อผ้าที่สะอาดและหมั่นให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วย 4. ดูแลกำกับพยาบาลช่วยรอบนอก ฟอกผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วย Hibiscrub 4% อย่างถูกวิธี โดยฟอกบริเวณคอวนอกกรอบนอก 6-8 นิ้ว และไมวนกลับที่เดิมอีก ใช้เวลาฟอกให้ครบเวลา คือ ประมาณ 5 นาที 5. ทาน้ำยาฆ่าเชื้อ ด้วย 10% Povidone iodine solution และปูผ้า Sterile คลุมบริเวณผ่าตัด ให้เห็นเฉพาะบริเวณที่จะทำผ่าตัดเท่านั้น โดยด้าน Superior คลุมผ้าถึงบริเวณใต้คาง ด้าน Inferior คลุมผ้าถึงแนว Clavicle ด้าน Lateral คลุมผ้าตามแนวด้านข้างคอทั้ง 2 ข้าง ใช้ Towel Clipหนีบมุมผ้า 4 มุม ส่ง Swab 18 x 18 นิ้ว 2 ผืน Pack ข้างลำคอ ปูผ้าสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่ 1 ผืน คลุมจากแนว Clavicle จนถึงปลายเท้า ปูผ้าสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่ 1 ผืน คลุมจากแนวใต้คางถึงเหนือศีรษะและปูผ้าสี่เหลี่ยมเจาะกลางขนาดใหญ่คลุมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัดเป็นชิ้นสุดท้าย 6. ระวังการส่งเครื่องมือผ่าตัดไม่ให้เกิดการ Contamination 7. ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยเมื่อเสร็จผ่าตัด และเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนขึ้นออก 8. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ การประเมินผล เครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้า และวัสดุทางการแพทย์ปลอดเชื้อ Autoclave tape มีการเปลี่ยนสีและยังไม่หมดอายุ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลขณะผ่าตัดด้วยเทคนิคปลอดเชื้อทุกขั้นตอน ภายหลังการทำผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยไม่มีแผลอักเสบ บวมแดง ภายหลังการทำผ่าตัด 72 ชั่วโมง อุณหภูมิของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 36.2-37.4 องศาเซลเซียส
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยอาจมีภาวะอุดกั้นท่อทางเดินหายใจ ข้อมูลสนับสนุน 1. หลังได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวเต็มที่ เนื่องจากยาระงับความรู้สึกยังค้างอยู่และอาจกดศูนย์หายใจ 2. เสมหะ น้ำลาย อาจทำให้เกิดการอุดกั้นท่อทางเดินหายใจได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยถามชื่อผู้ป่วย 2. จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในลักษณะนอนหงายราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เมื่อรู้สึกตัวดีให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อย 3. ดูแลให้ออกซิเจน 6 ลิตร/นาที่ ทาง nasal canular 4. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยหายใจบ่อย ๆ ลึก และไอแรง ๆ 5. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยโดยห่มผ้าห่มให้ 6. เมื่อผู้ป่วยมีเสมหะและน้ำลายในปาก จัดให้ผู้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปทางด้านขวา และดูดเสมหะ น้ำลายให้ทุก 1 ชั่วโมง หรือมีเสียงเสมหะในคอออกเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก 7. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตสีผิว ริมฝีปาก เล็บ ปลายมือ ปลายเท้าและอาการกระสับกระส่าย ดูระดับความรู้สึกตัว ถ้าพบอาการผิดปกติ เช่น หายใจไม่ดี เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อมรายงานวิสัญญีแพทย์ 8. ตรวจสอบบาดแผลผ่าตัดบริเวณคอ ไม่พบว่ามี bleeding และตรวจสอบบริเวณลำคอเพื่อประเมิน internal bleeding ไม่พบว่ามีคอบวมขึ้น 9. ประเมินจำนวนเลือดที่ออกจาก radivac drain การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถาม ตอบรู้เรื่อง ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว หายใจไม่มีเสียงครืดคราด O₂ sat 100% ไม่มีเสมหะในลำคอ สัญญาณชีพ ชีพจร 60-70 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอดี ความดันโลหิต 100/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 18-22 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ค่าความอิ่มตัวของเม็ดเลือดแดง (SpO₂) 100%
ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวดีพอ และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 2. ผู้ป่วยดิ้นกระสับกระส่ายบนเปลนอน	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดวางแขนผู้ป่วยแนบลำตัว ดูแลสายน้ำเกลือไม่ให้ดึงรั้งและดูแลสายปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ โดยใช้พลาสติกยึดตรึงกับต้นขาผู้ป่วย 2. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดสู่เปลนอน ดูแลให้ระดับความสูงของเตียงผ่าตัดกับเปลนอนเท่ากัน 3. จัดเตรียมบุคลากรให้พร้อม 4 คนก่อนยกผู้ป่วย 4. นำแผ่น Tran slide สอดใต้ลำตัวผู้ป่วย โดยใช้ผ้ารองบนแผ่น 5. ดูแลความพร้อมและนับให้สัญญาณ 1, 2, 3 จึงเคลื่อนผู้ป่วยมาสู่เปลนอน 6. ตรวจสอบการวางแขน สายน้ำเกลือ ไม่ให้ดึงรั้ง และดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ 7. ยกเหล็กกันเตียงขึ้นทั้งสองข้าง 8. ติดต่อประสานงานและนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การประเมินผล ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุ ไม่ตกเตียง สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่มีรอยฟกช้ำ

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

พบว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดที่คอ ไม่มี discharge ซึม on radivac drain ไม่มี content เพิ่มและทำงานได้ดีอยู่ในระบบปิด กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย บ่นปวดแผลผ่าตัด เป็นพัก ๆ ได้ยา Paracetamal (500 mg) 1 tab รับประทาน

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง

ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารอ่อน ปวดแผลผ่าตัดน้อยลง แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี discharge ไม่บวมแดง พยาบาลห้องผ่าตัดได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การบริหารคอและไหล่ หลังผ่าตัด 5 วัน แพทย์ให้ off radivac drain และส่ง FOL ผล Lt Vocal cord paralysis และอนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 23 สิงหาคม 2565 รวมเวลาอยู่โรงพยาบาล 7 วัน

นัดติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยตรวจตามนัด ตรวจดูแผลหลังผ่าตัดแห้งดีไม่มีอาการผิดปกติ แพทย์วางแผนส่งต่อโรงพยาบาลมะเร็ง

สรุปผล

ผู้ป่วยรายนี้ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งของต่อมไทรอยด์และพร้อมที่จะรับการผ่าตัด ตามเวลาที่แพทย์นัดเป็น Elective case เนื่องจากมีโรคประจำตัว คือ HT ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดอย่างเหมาะสมในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ได้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ โดยเฉพาะความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการผ่าตัด ตลอดจนความต้องการพิเศษ รวมถึงความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกกระบวนการผ่าตัด ทักษะที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด คือ การเตรียมเครื่องมือ การส่งเครื่องมือที่ถูกต้องและเหมาะสม มีการประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยในทุกกระบวนการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งระยะก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁴⁻⁶

เอกสารอ้างอิง

- 1.คณาจารย์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2558). ตาราศัลยศาสตร์ ภาค 1.(พิมพ์ครั้งที่ 13). ไพลินบุ๊คเน็ต จำกัด (มหาชน).
- 2.ชลศณีย์ คล้ายทอง. (2557). มะเร็งต่อมไทรอยด์. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 3.สมจินต์ จินดาวิจักขณ์ และคนอื่น ๆ. (2558). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์. โฆษิตการพิมพ์.
- 4.Association of PeriOperative Registered Nurses. (2020). Perioperative standards and recommended practices. Denver (CO): AORN.
- 5.SantosMM,MartinsJC,Oliveira LM. (2019). Anxietydepression and stress in the pre operative surgical patient. Rev Enferm Referencia ;4:7-15.
- 6.Thyroid cancer. [ออนไลน์]. <https://www.nhs.uk/conditions/thyroid-cancer/> .



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลหนองหาน

Developing an integrated diabetes care system towards excellence

Nonghan Hospital

(Received: September 18,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

วัลย์พร รุ่งเรือง¹ เรืองหทัย ปันณราช² รศนา วรวิทย์สรังกู³ อรุณา จันธานี⁴

Walaiporn Rungrueang¹, Rueanghathi Pannarach², Rodsana Warawitsarangoon³, Onuma Chanthani⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของสถานพยาบาลในโรงพยาบาลหนองหาน ศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน ที่ได้พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 45 คน กลุ่มทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบใช้กับการดูแลแบบเดิม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสอบถาม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Independent t-test และ Paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital , In Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็วปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน ผลการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ส่วนดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ลดลงแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ส่วนเส้นรอบเอว ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยระบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 86.7 มีความพึงพอใจมาก

คำสำคัญ: ระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน บูรณาสู่ความเป็นเลิศ

ABSTRACT

This research is action research. The objective is to develop a diabetes care system for nursing homes in Nong Han Hospital. Study the effectiveness and satisfaction with the diabetes care system. Nong Han Hospital that has developed A sample of 90 people were diabetic patients with blood sugar levels greater than 130 mg/dL. And there are no complications from being diabetic. Divided into an experimental group and a comparison group, 45 people per group. The experimental group used the developed patient care system. The comparison group used traditional care. Tools used include Diabetes care system, questionnaires, and health status records. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Independent t-test, and paired sample t-test.

The results of the study found that the developed patient care system consists of a nursing process divided into 3 phases: Pre-Hospital, In Hospital, and Post-Hospital, organized through a rapid and safe patient referral system. and complete records of care information supporting continued medical treatment The results of using the developed system found that after the experiment, diabetic patients had better self-care behavior both overall and in each aspect. Blood sugar levels decrease Statistically significant difference (p-value <0.001) for body mass index. and waist line There

¹ พว.ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน

² นายแพทย์ชำนาญการ วุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว

³ พว. ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) Corresponding author

⁴ พว. ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง

was no statistical difference. When comparing within groups, it was found that the experimental group had better self-care behaviors both overall and in each aspect. Blood sugar levels and body mass index decreased significantly from before the experiment (p -value <0.001). As for waist circumference, Not statistically different Diabetes patients who received care with the developed system, 86.7 percent, were very satisfied.

Keywords: care system, diabetes patients, integration for excellence

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ซึ่งประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน^{1, 2} และประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ.2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าวโดยระบุให้เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษา ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในพ.ศ. 2560 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน เน้นป้องกันโรคมากกว่าการรักษา โดยการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยตลอดช่วงชีวิตทุกกลุ่มวัย เพื่อการก้าวสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน³

อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในสถานพยาบาลภาครัฐมีแนวโน้มคงที่อัตราส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ พบในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 10.64 ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ประชากรในพื้นที่จำนวน 116,529 คนอัตราชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในปี 2562-2564 ร้อยละ 5.2, 5.5, 5.8 ตามลำดับ อัตราป่วย

เบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นในปี 2562-2564 อัตรา 539.64, 557.11, 727.72 ตามลำดับ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ลดลงจากร้อยละ 46.11 ในปี 2563 เหลือร้อยละ 24.54 ในปี 2564 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ในปี 2564 คิดเป็นร้อยละ 73.88 66.78 และ 71.12 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในปี 2565 พบผู้ป่วยมีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 0.28 มีภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ ร้อยละ 7.6 และมีแผลที่เท้าได้รับการตัดนิ้วเท้า ตัดเท้า ตัดขา รายใหม่ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.08 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด⁵

การเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง เนื่องจากจะมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับร่างกายและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคไตวายเรื้อรัง โรคปลายประสาทตาและจอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น ดังนั้น การจัดระบบบริการจึงต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้รับบริการตามมาตรฐานเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ตามแนวทางของ Dey & Hariharan¹⁰ มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา ด้วยการศึกษาสถานการณ์ต่าง ๆ ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำรูปแบบหรือแผนในการพัฒนา โดยการระดมสมองแพทย์ และพยาบาลผู้ให้การดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผล และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์หลังจากการติดตามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพในกลุ่ม

ที่ใช้รูปแบบ (2 เดือนต่อมา) และใช้กรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ในตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยมาเป็นกรอบในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital , In Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็วปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางหรือกิจกรรมในการเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลหนองหาน ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยแบบเชิงรุกเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนทีมบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเฝ้าระวังผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยเฉพาะในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นตอนที่ 3 ของมาตรฐานโรงพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง

ผู้วิจัยเป็นผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน (Nurse case manager) และเป็นเลขานุการที่มนำด้านการดูแลผู้ป่วย (PCT) ของโรงพยาบาล จึงได้พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยบูรณาการกรอบแนวคิดทางการวิจัยแบบ Research and Development ร่วมกับมาตรฐานตอน 3 (กระบวนการดูแลผู้ป่วย) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานหากมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การใช้อาหาร ควบคุมระดับน้ำตาลและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่แบบแผนในการดำเนินชีวิตและการจัดการกับอาการในแต่ละขั้นตอน

ของโรคจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน ในเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน ที่ได้พัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามแนวทางของ Dey & Hariharan¹⁰ มีระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนด ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหา วิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา และแนวทางการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองหาน โดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหนองหาน ได้แก่ แพทย์โรงพยาบาลหนองหาน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหนองหาน จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ผู้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาล/เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี และยินดีให้ข้อมูลเครื่องมือการวิจัยเป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหาในการรักษา การให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานแนวทางแก้ไขปัญหและการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มากำหนดรูปแบบและขั้นตอนในการดำเนินการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยการระดมสมองแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวม 7 คน ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่เข้าร่วมในขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาจัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหาน ซึ่งได้กำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดำเนินการ คือ พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ในตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย มาเป็นกรอบในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital, In Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็ว ปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน

ระยะที่ 3 การนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหานไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายและประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแล และทีมบุคลากรทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหาน ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ถูกเลือกมาศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวาน (E11.9) และรับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน พร้อมทั้งอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองหานเป็นประจำติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจ

และสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน 3) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ 4) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C > 7 %) 5) ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า

ขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการวิจัยทางคลินิก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า สูตรที่ใช้คือสูตรที่ใช้คือ

$$n = \frac{\left[\frac{z_{\alpha} + z_{\beta}}{2} \right]^2 \times 2\sigma^2}{\delta^2}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มที่ต้องการ

α = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรผลลัพธ์หลัก = 24.9¹¹

δ = ขนาดความแตกต่างที่มีความสำคัญทางคลินิก = 15.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร¹¹

$$Z_{\alpha/2} = 1.9620 \quad Z_{\beta} = 0.84$$

ดังนั้น จะต้องมียกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 คน เป็นอย่างน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน คือ 1) กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น (กลุ่มทดลอง) จำนวน 45 คน ที่สมัครใจเข้ารับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้น 2) กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลแบบเดิม (กลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 45 คน ที่รับการรักษาตามปกติที่เคยให้บริการ ซึ่งยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลแบบเดิม

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 45 คน โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ ต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ

อายุ และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรควบคุม แล้วแยกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยความสมัครใจ และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (Contamination) ผู้วิจัยได้ดำเนินการแยกเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่ม โดยทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้พบกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหาน ประกอบด้วย กระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital, In Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็ว ปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน

2. แบบสอบถามก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้สิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาการรับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน ในปัจจุบัน และการมารับการรักษาตามนัดลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิดหรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวม 10 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (7 ข้อ) การรับประทานยา (5 ข้อ) การออกกำลังกาย (5 ข้อ) การจัดการกับความเครียด (6 ข้อ) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (5 ข้อ) การเฝ้าระวังโรค (3 ข้อ) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง เป็นประจำและทุกวัน / ทุกครั้ง แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบทุกวัน / ทุกครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนนเป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อ

คำถามเชิงลบถ้าตอบทุกวัน / ทุกครั้ง ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 3 คะแนน

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ โดย 12 ข้อ เป็นข้อคำถามในแต่ละประเด็นต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับ และอีก 1 ข้อ เป็นข้อคำถามความพึงพอใจโดยรวม มีข้อคำถามให้เลือกตอบว่ามีความพึงพอใจ มาก ปานกลาง น้อย หรือไม่พอใจแบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้ คือถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลางให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน

3. วิดีทัศน์เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง (ความยาว 10 นาที) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยรวบรวมเนื้อหาจากประสบการณ์ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อให้ได้เนื้อหาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง

4. แผนภาพการจัดจานอาหาร ชื่อ เบาหวานหายได้ด้วยอาหารแป้งต่ำไขมันดีสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโภชนาการผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบอาหารแป้งต่ำ ผสมผสานกับการเลือกแหล่งไขมันดี

5. แบบบันทึกภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคลสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลสะสม และอาการผิดปกติที่พบ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) วิดีทัศน์เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง แผนภาพการจัดจานอาหาร โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objectives congruence: IOC) ระหว่าง 0.66-1.00 และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลหนองหาน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ แอลฟา ของcronbachของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าเท่ากับ 0.84 และ 0.89 ตามลำดับ

ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลองในเดือนตุลาคม 2564 ครั้งที่ 2 หลังการดำเนินการครบ 3 เดือน ในเดือนธันวาคม 2564 โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่ม ได้แยกเก็บในแต่ละกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล (ตัวแปรควบคุม) ของประชากรที่ศึกษา และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มที่ใช้ระบบและกลุ่มที่ไม่ใช้ระบบ เพื่อพิสูจน์ทางสถิติให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มดังกล่าวมีลักษณะที่คล้ายกันหรือไม่ โดยใช้ Chi-square test

3. วิเคราะห์ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว โดยใช้สถิติดังนี้

- Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

- Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ของแต่ละกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการศึกษา

1. ประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.0

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.9 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.9 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ในเรื่องอาชีพ พบว่าทำงานบ้าน/ช่วยเหลืองานในครอบครัว ร้อยละ 68.9 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทร้อยละ 57.8 มีการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 42.2 รองลงมาป่วยมานาน 5 - 10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 35.6 และ 22.2 ตามลำดับ ทั้งนี้ ระยะเวลาการรักษาที่ รพ.สต. ที่มารักษาในปัจจุบัน 5 - 10 ปี ร้อยละ 44.4 รองลงมารักษานาน มากกว่า 10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 31.2 และ 24.4 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ร้อยละ 64.4 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.0 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ในเรื่องอาชีพ พบว่าทำงานบ้าน/ช่วยเหลืองานในครอบครัว ร้อยละ 53.3 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 73.4 ป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 5 10 ร้อยละ 46.7 รองลงมาป่วยมากกว่า 10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 28.9 และ 24.4 ตามลำดับมารักษาที่ รพ.สต.ที่มารักษาในปัจจุบัน 5 - 10 ปี. ร้อยละ 51.1 มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.6 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล และ ร้อยละ 66.7 มีการผิมนัดเป็นบางครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ตัวแปรควบคุมในเรื่องเพศ อายุ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน และดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ใช้รูปแบบที่พัฒนา) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ใช้

รูปแบบเดิม) มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$)

ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ศึกษาโดยเปรียบเทียบในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามระบบที่ได้พัฒนาขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งใช้วิธีการเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติกันมานานและหลังการใช้ระบบดังกล่าว พบผลการศึกษา ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและในแต่ละด้าน ทุกด้าน ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่มีความแตกต่างกัน ($P\text{-value} > 0.05$) **หลังการทดลอง** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และในแต่ละด้าน และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($P\text{-value} < 0.05$) ส่วนดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง($n = 45$)

รายการ	ก่อนทดลอง ($n=15$)		t	P-value	หลังทดลอง ($n=15$)		t	P-value
	M	SD			M	SD		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (84 คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	44.2	5.7	0.372	0.711	60.5	6.1	60.5	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	44.8	7.7			45.3	7.4		
ด้านการรับประทานอาหาร (24 คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	10.2	3.0	1.151	0.253	15.7	3.4	7.838	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.4	3.3			10.0	3.4		
ด้านการรับประทานยา (15 คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	10.0	1.7	1.136	0.259	12.7	1.4	6.728	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.4	1.4			10.6	1.4		
ด้านการออกกำลังกาย (6 คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	1.4	1.1	0.684	0.519	3.3	1.0	5.868	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.6	1.4			1.8	1.4		
ด้านการจัดการกับความเครียด (15 คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	8.0	1.9	1.55	0.125	10.5	2.0	4.780	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.6	1.7			8.6	1.6		
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (15 คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	9.6	1.3	0.932	0.354	1.4	4.82	76.1	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.0	2.1			2.1			
ด้านการเฝ้าระวังโรค (9 คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	4.8	2.0	1.755	0.083	6.1	1.5	5.848	<0.001

ตาราง 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง(n= 45)

รายการ	ก่อนทดลอง (n=15)		t	P-value	หลังทดลอง (n=15)		t	P-value
	M	SD			M	SD		
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.1	1.8			4.2	1.6		
ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)								
กลุ่มทดลอง	175	41			177.7	40.3		<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	1	6						
ดัชนีมวลกาย)								
กลุ่มทดลอง	28.8	7.7	0.491	0.624	26.8	6.7	-0.804	0.423
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.0	7.2			28.0	7.2		
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)								
กลุ่มทดลอง	100.2	15.8	0.471	0.639	97.8	13.9	0.044	0.965
กลุ่มเปรียบเทียบ	98.5	18.4			97.7	41.7		

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งโดยรวม และในแต่ละด้านระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวดีกว่าก่อนการ

ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง มีพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งโดยรวม และในแต่ละด้าน ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (P-value > 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ(n= 45)

รายการ	กลุ่มทดลอง		t	P-value	กลุ่มเปรียบเทียบ		t	P-value
	M	SD			M	SD		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (84 คะแนน)								
ก่อนทดลอง	44.2	5.7	18.547	<0.001	44.8	7.7	1.619	0.113
หลังทดลอง	60.5	6.1			45.3	7.4		
ด้านการรับประทานอาหาร (24 คะแนน)								
ก่อนทดลอง	10.2	3.0	10.426	<0.001	9.4	3.3	1.616	0.113
หลังทดลอง	15.7	3.4			10.0	3.4		
ด้านการรับประทานยา (15 คะแนน)								
ก่อนทดลอง	10.0	1.7	11.521	<0.001	10.4	1.4	1.459	0.152
หลังทดลอง	12.7	1.4			10.6	1.4		



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวก่อนกับหลัง
การทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ(n= 45)

รายการ	กลุ่มทดลอง		t	P-value	กลุ่มเปรียบเทียบ		t	P-value
	M	SD			M	SD		
ด้านการออกกำลังกาย (6 คะแนน)								
ก่อนทดลอง	1.4	1.1	9.257	<0.001	1.6	1.4	2.006	0.051
หลังทดลอง	3.3	1.0			1.8	1.4		
ด้านการจัดการกับความเครียด (15 คะแนน)								
ก่อนทดลอง	8.0	1.9	12.667	<0.001	8.6	1.7	0.000	1.000
หลังทดลอง	10.5	2.0			8.6	1.6		
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (15 คะแนน)								
ก่อนทดลอง	9.6	1.3	12.348	<0.001	10.0	2.1	1.856	0.070
หลังทดลอง	12.0	1.4			10.1	2.1		
ด้านการเฝ้าระวังโรค (9 คะแนน)								
ก่อนทดลอง	4.8	2.0	5.731	<0.001	4.1	1.8	0.645	0.522
หลังทดลอง	6.1	1.5			4.2	1.6		
ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)								
ก่อนทดลอง	194.2	56.7	7.525	<0.001	175.1	41.6	0.774	0.443
หลังทดลอง	139.2	23.7			177.7	40.3		
ดัชนีมวลกาย)								
ก่อนทดลอง	28.8	7.7	5.654	<0.001	28.8	7.2	1.547	0.129
หลังทดลอง	26.8	6.7			28.0	7.2		
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)								
ก่อนทดลอง	100.2	15.8	3.631	0.001	98.5	18.40	0.740	0.463
หลังทดลอง	146.0	13.9			97.7	14.7		

ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยระบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 86.7 มีความพึงพอใจมาก รองลงมา ร้อยละ 11.1 และ 2.2 มีความพึงพอใจปานกลางและน้อย โดยมีความพึงพอใจ

มากในเรื่องประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมระบบการดูแลแบบใหม่ ร้อยละ 91.1 รองลงมา คือเรื่องสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 88.9 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละระดับความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามระบบที่พัฒนาโดยรวมและจำแนกรายประเด็น(ต่อ)

รายการ	มาก	ปานกลาง	น้อย
ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมระบบการดูแลแบบใหม่	91.1	8.9	0.0
สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	88.9	6.7	4.4
การได้รับการติดตามให้มาตรวจตามนัด	86.7	11.1	2.2
วิธีการหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	82.3	13.3	4.4
การให้บริการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	82.2	15.6	2.2
การพูดคุยติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	73.3	20.0	6.7
ความรู้ ความสามารถของผู้จัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	66.7	26.7	6.7
การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ	62.2	28.9	8.9
วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	60.0	33.3	6.7
ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม	60.0	35.6	4.4
ความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้รับ	57.7	35.6	6.7
การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	53.3	37.8	8.9
ความพึงพอใจโดยรวม	86.7	11.1	2.2

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน ได้จัดให้มีระบบการกระบวนการดูแลผู้ป่วยมาเป็นกรอบในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital , In Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็วปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน ได้แก่ ให้การรักษาพยาบาล ให้ความรู้ กำลังใจ ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง และประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อมารักษาที่ รพ.สต. และเมื่อนำระบบดังกล่าวมาใช้ พบว่า ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรม การดูแล ตนเองดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีพฤติกรรม การดูแลตนเอง ดีกว่าการดูแลแบบเดิมมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงมากกว่าการดูแลแบบเดิม ผู้ใช้ระบบที่พัฒนา มีความพึงพอใจมากถึง ร้อยละ 86.7

ทั้งนี้ ระบบที่พัฒนานี้ มีการประเมินการปฏิบัติและให้ความรู้ในปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง มีการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่าง

ต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นจุดเด่นของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนา ทำให้ผู้ป่วยใส่ใจที่จะมา รักษาพยาบาล และมารักษาตรงตามนัด นอกจากนี้มีการซักถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานตามพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง เป็นการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในส่วนที่ยังเป็นปัญหาของผู้ป่วยและเป็นการใส่ใจติดตามการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสื่อสารและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยไม่เข้าใจก็จะได้ซักถามได้¹² มีการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อนำสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องมาปรับปรุงแก้ไขให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีการให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพลังกายและใจที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น อีกทั้งมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อทราบความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งซักถามถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ หรือยังไม่ปฏิบัติก็จะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเกิดการปฏิบัติ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต่อทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ต่างจากระบบเดิมที่เคยปฏิบัติ คือ พยาบาล/เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทำการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำ

แล้วให้ผู้ป่วยรับยา และกลับบ้าน ซึ่งพบในทางปฏิบัติว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภัสสร และคณะ⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี เมื่อได้รับการดูแล ติดตาม สุขภาพทางไกล สื่อสารให้ความรู้ ประเมิน ติดตาม ทำหระดับน้ำตาลขณะอดอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มยุรี¹⁴ พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้นและทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นันทพร และยุวมาลย์¹⁵ พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเสริมพลังให้กำลังใจ และติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้การนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาไปใช้ดังกล่าวเป็นการจัดให้มีกิจกรรมการให้ความรู้ ประเมินพฤติกรรม ติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม แสดงถึงความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย เข้าถึงผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว ทำให้

ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก ซึ่งแตกต่างจากระบบการดูแลแบบเดิมที่เคยทำ สอดคล้องกับการศึกษาศุภมิตร¹³ ที่พบว่า การแจ้ง/ติดตามให้ผู้ป่วยมาทำการรักษา ให้ความรู้ คำแนะนำ และประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 90.0 **ข้อควรระวัง** คือ ต้องมีการติดตามให้ผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ชักถาม ดูแลใส่ใจผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่มีของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเฉพาะในช่วงเดือนแรกหลังจากที่นำระบบนี้ไปใช้กับผู้ป่วย เพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมักจะกลับไปมีพฤติกรรมดังเดิมได้

ข้อเสนอแนะ

1. เจริญนโยบาย ควรส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของหน่วยบริการ โรงพยาบาลหนองหาน ให้มีระบบการแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด มีการประเมินการปฏิบัติและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง พร้อมทั้งติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามระบบที่พัฒนา

2. ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเน้นในเรื่องที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และหลังการให้ความรู้ควรมีการติดตาม และประเมินการปฏิบัติตัวเป็นระยะๆ และเพิ่มเติมในส่วนที่ยังปฏิบัติตัวไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. อัมพา สุทธิจำริญ. มาตรฐานคลินิกเบาหวานของประเทศไทย. วารสารเบาหวาน 2565; 54(1): 19-22.
2. วรณิ นิธิยานันท์. ไทยป่วยเบาหวานพุ่งสูงต่อเนื่องแตะ 4.8 ล้านคน ชี้ 'เนื้องาน-อายุมาก' ต้นเหตุเอนเทอร์เน็ต. 2563 เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18014>
3. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes care 2017; 30: S4-40.
4. สันต์ หัตถิรัตน์. การแพทย์ทางไกล. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2389>
5. Wongprakomkul s. New Era of Healthcare through Business Ecosystem and Telehealth. Mahidol R2R e-Journal 2020; 7(2): 1-15.
6. Aberer F, Hochfellner D, A, Mader J K. Application of telemedicine in diabetes care: The Time is Now. Diabetes Ther 2021; 12: 629-39.
7. Borries TM, Dunbar A, Bhukhen A, Rismany J, Kitham J, Feinn R, et al. The impact of telemedicine on patient self-management processes and clinical outcomes for patients with Types I or II Diabetes Mellitus in the United States: A scoping review. Diabetes Metab Syndr 2019; 13(2): 1353-7.



- 8.ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ, ขาญวัฒน์ ขวณตันติกมล , พิชญ์ พหลภาคย์, สว่างจิต สุรอมรกุล. ผลของการติดตามสุขภาพทางไกล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2564; 65(ฉบับเพิ่มเติม): 75-89.
- 9.Dey, K P., & Hariharan, S. Integrated approach to healthcare Quality management: A case study. The TQM Magazine 2006; 18(6). 583-605.
- 10.ธีรพจน์ ฟักน้อย. 2565. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานวิจัย.
- 11.Beckie T. A supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. Heart Lung 1989, 18: 46-55.
- 12.ศุภมิตร ปาณธูป. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิวนัด. อุดรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. 2562..
- 13.มยุรี เทียงสกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. สมุทรสงคราม: รายงานวิจัย. 2561.
- 14.นันทพร บุษราคัมวดี และยุวมลย์ ศรีปัญญาพิศภักดิ์.
- 15.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2555;5(2): 114-129.
- 16.Kinsella, A. Telehealth and home care nursing. mHome Healthcare Nurse 2010; 15(11): 796-797.



การให้สารลดแรงตึงผิวในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ Surfactant therapy in premature infants with respiratory distress syndrome in Phetchabun Hospital

(Received: September 16,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 30,2023)

ไอริน สุทธิธรรม¹

Irene Suttitossatam

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลังครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการให้สารลดแรงตึงผิว (surfactant) ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome: RDS) ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก การรักษาด้วย surfactant เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์ภายหลังการรักษาระหว่างทารกที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้แก่ ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ RDS ซึ่งได้รับการวินิจฉัยในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เป็นจำนวน 93 ราย

ผลการศึกษาพบว่าทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาด้วย surfactant ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์มีจำนวน 55 ราย (ร้อยละ 59.1) ได้รับการวินิจฉัยเป็น moderate และ severe RDS อัตราการรอดชีวิตในกลุ่มที่ได้ surfactant ร้อยละ 87.3 มีทารกที่ได้รับการรักษาด้วย surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิด ร้อยละ 60 จากการเปรียบเทียบทารกกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด พบว่าทารกทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด และสถานที่คลอดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) จำนวนโดส Dexamethasone ที่ได้รับก่อนคลอด ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($P > 0.05$) ดังนั้นทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์หรือน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1250 กรัม เพื่อให้ทารกได้รับ surfactant ในการรักษาภาวะ RDS อย่างเร็วที่สุด

คำสำคัญ: ทารกเกิดก่อนกำหนด ภาวะหายใจลำบาก สารลดแรงตึงผิว

Abstract

The purpose of this retrospective descriptive study was to study surfactant therapy in premature infants with respiratory distress syndrome (RDS) in the neonatal intensive care unit, Phetchabun Hospital. To study the clinical characteristics of premature infants with respiratory distress, surfactant therapy in premature infants with RDS and compared the clinical characteristics and outcomes among infants receiving surfactant within 2 hours and greater than 2 hours after birth. The subjects in this study were 93 premature infants with RDS who were diagnosed in Phetchabun Hospital from 1 August 2019 to 31 July 2022.

Results showed that 55 (59.1%) premature infants were treated with surfactant in Phetchabun Hospital. Most infants were diagnosed with moderate to severe RDS. Survival rate was 87.3%. Sixty percent of premature infants received surfactant therapy within 2 hours after birth. Two separate groups of infants were compared, those treated with surfactant within 2 hours of birth and greater than 2 hours after birth. It was found that infants in both groups were gestational age, birth weight and place of delivery were significantly different ($P < 0.05$). Antenatal dexamethasone received before birth was not significantly different ($P > 0.05$). Infants that gestational age less than 30 weeks or birth weight less than 1250 gram for receiving surfactant as soon as possible.

Keywords: premature infants, respiratory distress syndrome (RDS), surfactant

¹โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้นมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นจากอดีตซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ทำให้ทารกกลุ่มนี้มีอาการรุนแรงและพบได้บ่อย คือ ภาวะหายใจลำบาก หรือ Respiratory distress syndrome (RDS) เป็นภาวะที่เกิดจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (surfactant) เมื่อมีการพร่องของ surfactant ทำให้ทารกมีอาการหายใจลำบาก ต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น หากอาการรุนแรงทารกอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษา ในปัจจุบันการรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ RDS ถือเป็นการรักษาตามมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยถือระยะเวลาการให้โดสแรกภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอดเป็น Early surfactant therapy และมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังคลอดเป็น Late surfactant therapy โดยสามารถให้ surfactant เพื่อการป้องกัน (prophylactic treatment) หรือเพื่อการรักษา (selective or rescue treatment) การให้ surfactant มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง แผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ได้เริ่มนำ surfactant มาใช้ในการรักษาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดตั้งนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาข้อมูลดังกล่าวเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการให้สารลดแรงตึงผิว (surfactant) ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (RDS) โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ RDS ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การรักษาด้วย surfactant ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ RDS ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากทั้งหมดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 93 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุครรภ์ เพศ วิธีการคลอด น้ำหนักแรกคลอด สถานที่เกิด คะแนน APGAR score ที่ 1 นาที และ 5 นาที ระดับความรุนแรงของการเป็น RDS (mild, moderate, severe)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของมารดา ได้แก่ อายุมารดา จำนวนการตั้งครรภ์ การได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับ surfactant หลังทารกเกิด ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ pneumothorax, pulmonary emphysema, pulmonary hemorrhage, significant patent ductus arteriosus, intraventricular hemorrhage, ventilator-associated pneumonia, bronchopulmonary dysplasia, retinopathy of prematurity เป็นต้น การรอดชีวิตของทารก สาเหตุการเสียชีวิต



วิธีการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานสืบค้นข้อมูลของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เพื่อค้นหา HN และ AN ของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยใช้รหัส ICD10 ในการค้นหา ได้แก่ P07.3 (preterm newborn) และ P22.0 (respiratory distress syndrome of newborn) ร่วมกับเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกสถิติทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

2. ทบทวนข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยจากระบบ Hos-XP ร่วมกับสมุดบันทึกสถิติทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และคัดเลือกกลุ่มประชากรที่ศึกษาตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

3. รวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่สืบค้นและจัดทำบันทึกข้อมูล

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ.2565

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เปรียบเทียบระยะเวลาการให้ Surfactant ของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ RDS ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด โดยใช้ chi-square , independent T-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ภายหลังการให้ Surfactant ของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ RDS ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด โดยใช้ chi-square , independent T-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome: RDS) ในระหว่างทำการศึกษาทั้งหมด 93 ราย โดยได้รับการวินิจฉัยจากอาการทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบว่าเป็น mild RDS ร้อยละ 38.7 moderate RDS ร้อยละ 33.3 และ severe RDS ร้อยละ 28.0 ทารกแรกเกิดที่ศึกษามีอายุครรภ์เฉลี่ย 30.5 สัปดาห์ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 31-34 สัปดาห์ ร้อยละ 57 ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1457.5 กรัม ส่วนใหญ่เป็น very low birth weight (น้ำหนัก 1001-1499 กรัม) ร้อยละ 45.2 และรองลงมาเป็น low birth weight (น้ำหนัก 1500-2499 กรัม) ร้อยละ 38.7 ทารกส่วนใหญ่คลอดภายในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ร้อยละ 81.7 ส่วนหนึ่งได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลข้างเคียงเพื่อมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ร้อยละ 16.1 มีเพียง 2 ราย หรือร้อยละ 2.2 ที่คลอดนอกโรงพยาบาลก่อนส่งตัวมาโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ (Birth before arrival: BBA) ทารกส่วนใหญ่ได้คะแนน Apgar score ที่ 1 และที่ 5 นาที 7 คะแนนขึ้นไปร้อยละ 55.9 และ 81.7 ตามลำดับ ประวัติมารดาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 58.1 ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 และ 3 รวมร้อยละ 59.2 และได้รับ dexamethasone ก่อนคลอด ร้อยละ 58.1 ซึ่งมีทารกแรกเกิดที่ได้รับการรักษาด้วย surfactant ทั้งหมด 55 ราย (ร้อยละ 59.1)

ข้อมูลการรักษาด้วย surfactant ในทารกแรกเกิดที่มีภาวะ moderate to severe RDS จากการศึกษาข้อมูลการให้ surfactant พบว่าทารกที่ได้รับ surfactant ทั้งหมด 55 ราย (ร้อยละ 59.1) อยู่ในกลุ่ม moderate และ severe RDS คิดเป็นร้อยละ 54.5 และ 45.5 ซึ่งในกลุ่มทารกแรกเกิดที่เป็น moderate-severe RDS จำนวนทั้งหมด 58 ราย พบว่ามีทารกที่ได้รับการรักษาด้วย surfactant ถึง 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.8 ของทารกที่เป็น moderate-severe RDS ทั้งหมด อายุทารกหลังเกิดที่ได้รับ surfactant เฉลี่ยที่ 2.72 ชั่วโมง และส่วน

ใหญ่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิด (ร้อยละ 60)

ข้อมูลเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก ระหว่างทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากที่ได้รับ Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด จากการศึกษาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ RDS ได้รับการรักษาด้วย surfactant มีทารกที่สามารถให้การรักษาดูแลด้วย surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงถึง 33 ราย (ร้อยละ 60) จากการเปรียบเทียบทารก 2 กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด พบว่ามีอายุครรภ์เฉลี่ย 29 สัปดาห์ และ 30.72 สัปดาห์ตามลำดับซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1232.10 กรัม และ 1534.10 กรัม ตามลำดับซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทารกกลุ่มที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดส่วนใหญ่ คะแนน Apgar score ที่ 1 นานที่น้อยกว่า 7 คะแนน (ร้อยละ 72.7) และที่ 5 นาที ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 60.6) เปรียบเทียบกับทารกกลุ่มที่ได้รับ surfactant มากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิดซึ่งส่วนใหญ่ Apgar score ได้ 7 คะแนนขึ้นไปตั้งแต่ 1 นาที และที่ 5 นาที (ร้อยละ 54.5 และ 86.4 ตามลำดับ) รายละเอียดในตารางที่ 1

ผลลัพธ์ภายหลังการรักษาระหว่างทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากที่ได้รับ Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด จากการเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการรักษาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากในกลุ่มที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ pneumothorax, pulmonary-interstitial emphysema, patent ductus arteriosus และ bronchopulmonary dysplasia กลุ่มที่ได้รับ Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงก่อนเกิดพบว่ามีอัตราการเกิดภาวะ Ventilator-associated pneumonia สูงกว่า (ร้อยละ 30.3) ส่วนในกลุ่มที่ได้รับ Surfactant มากกว่า 2 ชั่วโมงก่อนเกิดพบว่ามีอัตราการเกิด Retinopathy of prematurity สูงกว่า (ร้อยละ 13.6) อัตราการรอดชีวิตของทารกที่ได้ surfactant ทั้งหมด 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่าอัตราการรอดชีวิตของทารกที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิดมีจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 84.4) และ 20 ราย (ร้อยละ 90.9)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกระหว่างทารกแรกเกิดที่ได้รับ Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด (N = 55)

ลักษณะทางคลินิก	ได้รับ Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมง จำนวน (ร้อยละ) N=33	ได้รับ Surfactant มากกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน (ร้อยละ) N=22	P
ความรุนแรงของการเกิด RDS			0.126
Moderate	15 (45.5)	15 (68.2)	
Severe	18 (54.5)	7 (31.8)	
อายุครรภ์ (mean $\pm$ SD)	29.00 $\pm$ 1.83	30.72 $\pm$ 2.02	0.002
น้ำหนักแรกเกิด (mean $\pm$ SD)	1232.10 $\pm$ 330.40	1534.10 $\pm$ 505.06	0.010
Apgar score ที่ 1 นาที			0.079
<7	24 (72.7)	10 (45.5)	
≥ 7	9 (27.3)	12 (54.5)	
Apgar score ที่ 5 นาที			0.079
<7	13 (39.4)	3 (13.6)	
≥ 7	20 (60.6)	19 (86.4)	
เพศ ชาย n=31	17 (51.5)	14 (63.6)	0.542

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกระหว่างทารกแรกเกิดที่ได้รับ Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด (N = 55)

ลักษณะทางคลินิก	ได้รับ Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมง จำนวน (ร้อยละ) N=33	ได้รับ Surfactant มากกว่า 2 ชั่วโมง จำนวน (ร้อยละ) N=22	P
หญิง n=24	16 (48.5)	8 (36.4)	
สถานที่คลอด โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ n=44 โรงพยาบาลอื่นส่งตัวมา n=10	31 (93.9) 2 (6.1)	13 (59.1) 9 (40.9)	0.001
วิธีการคลอด Normal delivery n=31 Cesarean section n=24	17 (51.5) 16 (48.5)	14 (63.6) 8 (36.4)	0.542
อายุมารดา (mean $\pm$ SD)	28.57 $\pm$ 6.52	28.10 $\pm$ 9.11	0.840
จำนวนการตั้งครรภ์ของมารดา			0.756
ครรภ์แรก n=13	6 (18.2)	7 (31.8)	
ครรภ์ที่ 2 n=20	12 (36.4)	8 (36.4)	
ครรภ์ที่ 3 n=16	11 (33.3)	5 (22.7)	
ครรภ์ที่ 4 n=5	3 (9.1)	2 (9.1)	
ครรภ์ที่ 5 n=1	1 (3.0)	0	
จำนวนโดส dexamethasone ที่ได้รับก่อนคลอด (mean $\pm$ SD)	2.69 $\pm$ 1.66	1.95 $\pm$ 1.55	0.117
ไม่ได้รับ	4 (12.1)	3 (13.6)	
1-3 โดส	9 (27.3)	12 (54.5)	
4 โดส	20 (60.5)	7 (31.8)	

สรุปและอภิปรายผล

การรักษาด้วย Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีความจำเป็นในทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก จากการเปรียบเทียบทารก 2 กลุ่ม แยกเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด พบว่าทารกทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด และสถานที่คลอดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับภายใน 2 ชั่วโมงกับมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังคลอดพบว่าอายุครรภ์ทารก น้ำหนักแรกเกิดทารก และสถานที่คลอด มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ทารกกลุ่มที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิด พบว่ามีอายุครรภ์เฉลี่ย 29 สัปดาห์ และน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1232 กรัม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของนพวรรณพงษ์โสภณ¹⁷ ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การศึกษาทำให้การรักษาด้วย surfactant therapy เร็วขึ้นใน

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะ RDS อายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์และน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1250 กรัม สถานที่คลอดทารกในกลุ่มที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิด ส่วนใหญ่คลอดภายในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ (ร้อยละ 93.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suresh GK, Soll RF¹ และ Bahadue FL, Soll RF¹¹ ใน Cochrane review 2012 พบว่าการรักษาด้วย early surfactant therapy โดยเฉพาะในทารกที่มีภาวะ RDS ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1250 กรัม ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุมารดา จำนวนการตั้งครรภ์ของมารดา ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการให้ surfactant เนื่องด้วยระบบการฝากครรภ์ที่ดีในปัจจุบันทำให้มารดาต่างวัยสามารถเข้าถึงได้อย่างเหมาะสม ในกลุ่มที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงพบว่ามีมารดาที่ได้รับ dexamethasone ก่อนคลอดครบทั้งหมด 4 โดสก่อนคลอด ร้อยละ 60.5 ซึ่งเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกันแล้วค่อนข้างมาก ซึ่ง

ใกล้เคียงกับการศึกษาของ วไลพร โรจน์สง่า¹⁶ มีมารดาที่ได้ dexamethasone ร้อยละ 63.4 ซึ่งทารกมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้ทารกที่มารดาได้ Dexamethasone ครบ 4 โดส ได้ surfactant เร็วกว่ามารดาที่ไม่ครบหรือไม่ได้ให้ เนื่องจากมีการเตรียมพร้อมขณะมารดานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจนได้ยาครบโดส เตรียมทีมพร้อมรับและวางแผนการรักษาตั้งแต่ทารกยังไม่คลอดจึงทำให้สามารถให้ surfactant ในกลุ่มนี้ได้เร็วกว่า

ผลลัพธ์หลังการรักษาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากในกลุ่มที่ได้รับ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดและมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ pneumothorax (ร้อยละ 3 และ 4.5) ซึ่งในกลุ่มที่ได้ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงพบน้อยกว่าเล็กน้อย pulmonary-interstitial emphysema ของทั้งสองกลุ่มเท่ากัน (ร้อยละ 9.1 และ 9.1) patent ductus arteriosus ในกลุ่มที่ได้ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงพบมากกว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 54.5 และ 44.5) และ bronchopulmonary dysplasia ทั้งสองกลุ่มเท่ากัน (ร้อยละ 63.6 และ 63.6) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดใกล้เคียง

กับการศึกษาของ สุนทร ฮ่อเผ่าพันธุ์²⁴ ซึ่งพบ PDA ร้อยละ 67 และ BPD ร้อยละ 46.1 ในกลุ่มที่ได้ surfactant และจากการศึกษานี้พบว่าอัตราการรอดชีวิตของทารกทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันเล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ โดย Bahadue FL, Soll RF¹¹ ซึ่งพบว่าการให้ early rescue treatment หรือการให้ surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงเทียบกับมากกว่า 2 ชั่วโมงหลังเกิด ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของทารกลดการเกิด BPD นอกจากนี้ยังลดโอกาสเกิด pneumothorax และ PIE แต่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน เนื่องด้วยความแตกต่างกันทางเทคโนโลยีเครื่องช่วยหายใจ ปัจจัยด้านการติดเชื้อของทารก และการส่งต่อทารกที่มีอาการรุนแรงไปยังโรงพยาบาลศูนย์ อาจทำให้ผลการศึกษานี้แตกต่างกัน ดังนั้นการให้ Surfactant ตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดที่เป็น RDS จึงยังมีความสำคัญแม้ว่าทารกจะมีอายุเกิน 2 ชั่วโมงไปแล้ว ทั้งนี้โรงพยาบาลเพชรบูรณ์มีแนวทางการพิจารณาส่งต่อมารดาที่มีอายุครรภ์และน้ำหนักตัวน้อยที่คาดว่าจะคลอดก่อนกำหนดเพื่อมาทำการคลอดที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และได้รับการให้ surfactant อย่างเร็วที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- 1.Suresh GK, Soll RF. Overview of surfactant replacement trials. J Perinatol. 2005;25 Suppl 2:S40-4.
- 2.Soll RF, Hoekstra RE, Fangman JJ, Corbet AJ, Adams JM, James LS, et al. Multicenter trial of single-dose modified bovine surfactant extract (Survanta) for prevention of respiratory distress syndrome. Ross Collaborative Surfactant Prevention Study Group. Pediatrics. 1990;85(6):1092-102.
- 3.Horbar JD, Wright EC, Onstad L. Decreasing mortality associated with the introduction of surfactant therapy: an observational study of neonates weighing 601 to 1300 grams at birth. The Members of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Pediatrics. 1993;92(2):191-6.
- 4.Long W, Corbet A, Cotton R, Courtney S, McGuinness G, Walter D, et al. A controlled trial of synthetic surfactant in infants weighing 1250 g or more with respiratory distress syndrome. The American Exosurf Neonatal Study Group I, and the Canadian Exosurf Neonatal Study Group. N Engl J Med. 1991;325(24):1696-703.
- 5.Davis JM, Veness-Meehan K, Notter RH, Bhutani VK, Kendig JW, Shapiro DL. Changes in pulmonary mechanics after the administration of surfactant to infants with respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 1988;319(8):476-9.
- 6.Yost CC, Soll RF. Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD001456.



- 7.Soll RF, Morley CJ. Prophylactic versus selective use of surfactant in preventing morbidity and mortality in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001(2):CD000510.
- 8.Soll R. Synthetic surfactant for respiratory distress syndrome in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 3. Art. No.: CD001149. DOI: 10.1002/14651858.CD001149.
- 9.Seger N, Soll R. Animal derived surfactant extract for treatment of respiratory distress syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(2):CD007836.
- 10.Stevens TP, Harrington EW, Blennow M, Soll RF. Early surfactant administration with brief ventilation vs. selective surfactant and continued mechanical ventilation for preterm infants with or at risk for respiratory distress syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):CD003063.
- 11.Bahadue FL, Soll R. Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD001456.
- 12.ชนิดา พจนพิศุทธิพงศ์, พรมนัส พันธุ์สุจริตไทย. ผลของการใช้ Surfactant ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น respiratory distress syndrome ของโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2556; 52:236-241.
- 13.คัทธียา อินทะยศ, พรชนก แสนละมุล, หัตยา อวดสุข, ศรัณญา ไชยชมพู่, สุนทรีย์ พัวธรรม. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากในโรงพยาบาลลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2562;28:108-116.
- 14.Polin RA, Carlo WA, Committee on F, Newborn, American Academy of P. Surfactant replacement therapy for preterm and term neonates with respiratory distress. *Pediatrics*. 2014;133(1):156-63.
- 15.จุไรรัตน์ ตรีวัฒนวงศ์. ผลการรักษาภาวะ Respiratory distress syndrome โดยใช้ Surfactant ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2563;5:136-143.
- 16.ไฉพร โรจน์สง่า. ผลของการใช้ Surfactant ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น Respiratory distress syndrome ของโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี* 2561;26:57-63.
- 17.นพวรรณ พงษ์โสภะ. ผลการรักษาภาวะ Respiratory distress syndrome โดยใช้ Surfactant ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต11* 2558;29:505-513.
- 18.Hintz SR, Van Meurs KP, Perritt R, et al. Neurodevelopmental outcomes of premature infants with severe respiratory failure enrolled in a randomized controlled trial of inhaled nitric oxide. *J Pediatr*. 2007;151(1):16-22.e223. doi:10.1016/j.jpeds.2007.03.017
- 19.Carlton DP, Albertine KH, Cho SC, Lont M, Bland RD. Role of neutrophils in lung vascular injury and edema after premature birth in lambs. *J Appl Physiol* (1985). 1997;83(4):1307-1317. doi:10.1152/jappl.1997.83.4.1307
- 20.Nitta K, Kobayashi T. Impairment of surfactant activity and ventilation by proteins in lung edema fluid. *Respir Physiol*. 1994;95(1):43-51. doi:10.1016/0034-5687(94)90046-9
- 21.Caminiti SP, Young SL. The pulmonary surfactant system. *Hosp Pract (Off Ed)*. 1991;26(1):87-100. doi:10.1080/21548331.1991.11704128
- 22.Hamvas A. Pathophysiology and management of respiratory distress syndrome. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, editors. *Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: disease of fetus and infant*. 2.9 ed. St. Louis: Elsevier; 2011. p. 1106-15
- 23.Polin RA, Carlo WA; Committee on Fetus and Newborn; American Academy of Pediatrics. Surfactant replacement therapy for preterm and term neonates with respiratory distress. *Pediatrics*. 2014;133(1):156-163. doi:10.1542/peds.2013-3443
- 24.อ้อเผ่าพันธุ์. Respiratory distress and respiratory distress syndrome. ใน: วราภรณ์ แสงทวีสิน, วิบูลย์ กาณจนพัฒนกุล, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, บรรณาธิการ. *ปัญหาทารกแรกเกิด*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2550
- 25.Engle WA; American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Surfactant-replacement therapy for respiratory distress in the preterm and term neonate. *Pediatrics*. 2008;121(2):419-432. doi:10.1542/peds.2007-3283

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

Development of a Care Model for Hypertension Patients At-Risk Cerebrovascular Disease in the Area of Manang District, Satun Province

(Received: September 17,2023 ; Revised: September 26,2023 ; Accepted: September 30,2023)

อมรรัตน์ พันธุ์ศรี¹

AMORNRAT PUNKEEREE¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ใช้รูปแบบร่วมกับวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง และแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล มีผู้ร่วมดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง จำนวน 15 ราย และผู้เกี่ยวข้อง 30 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์เชิงปริมาณ หาค่าความถี่และร้อยละ ผลจากการวิจัยพบว่า จากผู้ป่วยจำนวน 15 คน พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีวิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตามรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม มีการพัฒนาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในกลุ่มเสี่ยงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มเสี่ยง มีการพัฒนารูปแบบการคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีส่วนร่วม จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มความรู้กับ อสม. ผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคในรูปแบบฐานความรู้ 3 อ 2 ส โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ อสม. ผู้นำชุมชนที่ผ่านการอบรม มีกิจกรรมการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ในชุมชน โดยทีมผู้ให้บริการร่วมกับ อสม. ในรูปแบบกลุ่มสัมพันธ์อีก 3 ครั้ง พร้อมทั้งมีการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาจาก ชุมชนมาโรงพยาบาล และส่งกลับสู่ชุมชน เพื่อให้ อสม. ได้ติดตามต่อเนื่องที่บ้าน และมีการคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สรุปได้ว่า ความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ควรเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเสริมสร้างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงให้เกิดความตระหนัก

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง , กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This qualitative research Use the model in conjunction with participatory action research. It is a selective random sampling (Purposive Sampling). The objective is to study the way of life. Health awareness and self-care and health care guidelines for high blood pressure patients at risk of stroke and develop a health care model for hypertensive patients at risk of stroke in the Area of Manang District, Satun Province. The research co-operators consisted of 15 at-risk hypertension patients and 30 related persons. Data were collected by structured interviews, focus group discussions and participant observation. The qualitative data were analyzed by content analysis. and quantitative analysis find frequency and percentage The results of the research found that From 15 patients, it was found that there were at-risk patients, lifestyle, health status awareness and self-care. Guidelines for health care of hypertensive patients at risk of stroke Established a care system for hypertensive patients at risk of stroke According to the model of participatory action research Care is being developed to prevent stroke. both in risk groups and those involved in caring for risk groups Participatory screening model for stroke risk was developed. Organize

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะนัง อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

workshops to increase knowledge with village health volunteers, community leaders and at-risk groups. Stroke, warning symptoms, and behavior modification Health, disease prevention in a knowledge-based model 3 O 2 S by a multidisciplinary team and village leaders who have been trained. There are continuous follow-up and evaluation activities in the community by the service team together with volunteers in the form of relationship groups 3 times, along with referrals to risk groups who have problems from the community came to the hospital and sent back to the community so that villagers continued to follow up at home And the information is returned to the relevant agencies. It can be concluded that the success in the development of a care model for hypertensive patients at risk of stroke in the Area of Manang District, Satun Province should focus on the participation of families and communities in caring for patients to reduce risk of disease. cerebrovascular and strengthen awareness of risk factors to create awareness

คำสำคัญ : Development of a Care Model for Hypertension Patients} At-Risk stroke or Cerebrovascular Disease

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 และการพิการเป็นอันดับ 3 ทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (WSO)⁽¹⁾ จากการสำรวจในปี 2563 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 80 ล้านคน และเสียชีวิต 5.5 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 14.5 ล้านคนต่อปี จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563⁽³⁾ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน อัตราตาย 53 คนต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ อัตราการตายก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโดยเร็วหลังจากเกิดอาการหรือสัญญาณเตือนจะช่วยลดความพิการและอัตราการตายได้⁽⁸⁾

อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล มีจำนวนประชากร 18,602 คน⁽²⁾ พบปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยพบผู้ป่วยเบาหวาน ในปี 2565 จำนวน 773 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในปี 2565 จำนวน 1,784 คน ผู้ป่วยเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในปี 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 25.90, 28.42, 25.36 ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี ในปี 2563 -2565 คิดเป็น

ร้อยละ 45.79, 48.82, 35.87 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในอำเภอมะนัง ในปี 2563 - 2565 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้น 150.52, 274.16 และ 258.03 ตามลำดับ อัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง 10.75, 16.12 และ 37.63 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในอำเภอมะนัง โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ยังเข้าถึงบริการล่าช้าพบอัตราผู้ป่วย stroke เข้าถึงบริการภายใน 120 นาที ในปี 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 39.29, 30.43, 47.91 ตามลำดับ⁽⁴⁾

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง, ปัจจัยเสี่ยง, อาการเตือนและการเข้าถึงบริการ การให้บริการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดการประเมิน CVD risk ที่ครอบคลุม ขาดการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและการจัดการอย่างเป็นระบบ ขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ส่งผลให้อัตราการป่วยและอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองพื้นที่อำเภอมะนังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังภาคขยายมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด

สมองพื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ซึ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะช่วยให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นสามารถสะท้อนการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบและสามารถส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวทีมสุขภาพและชุมชนเพื่อให้มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เพื่อลดความพิการและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิถีชีวิตผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล
3. เพื่อหาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล
4. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการคัดกรองและมีค่า CV risk สูงมากกว่า 20 ที่มี 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยที่อาศัยอยู่ใน อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล จำนวน 15 ราย สามารถ ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
2. บุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงาน NCDs ในโรงพยาบาลและ รพ.สต.ทั้ง 4 แห่งใน อำเภอมะนัง ที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 ราย
3. ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสามารถ ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ สามารถ ฟัง อ่าน จำนวน 15 ราย

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนในเขตพื้นที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ราย

5. ผู้นำชุมชนในเขตพื้นที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase) ระยะติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation Phase) มีกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้

1.ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase)

ประกอบด้วย ดังนี้

1.1. การเก็บข้อมูลและวางแผน คือ เก็บข้อมูลสถานการณ์ทั่วไป, ศึกษาบริบท วิถีชีวิต ความรู้ ความเชื่อ การดูแลสุขภาพตนเองและผู้ดูแล, ศึกษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย, วิเคราะห์หาปัจจัยเชิงสาเหตุ, สนทนากลุ่ม ค้นข้อมูล และจัดกระบวนการแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบ ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน (ตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2565) ดังนี้

1.) สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองพื้นที่อำเภอมะนัง โดยระยะแรกสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยพูดคุย สัมภาษณ์ คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัย

2.) สนทนากลุ่ม กับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอมะนัง ทั้งหมดและกลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชน โดยการนำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยใช้คำถามชุดเดียวกับคำถามสำหรับผู้ดูแลและผู้ดูแล จากนั้นให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้ โดยใช้เวลาในการสนทนาประมาณ 1 ถึง 2 ชั่วโมง

3.) ขั้นตอนศึกษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย, วิเคราะห์หาปัจจัยเชิงสาเหตุ, ออกแบบร่างระบบ เพื่อหาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่อำเภอมะนัง

4.) จัดกระบวนการแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจในการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยและดำเนินการตามระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่าง

5.) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 4 มาสรุปเป็นข้อมูลพิมพ์แจกบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทั้งหมดพร้อมหนังสือเวียนนัดประชุมครั้งต่อไปสำหรับการทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดในการกำหนดแนวทางการพัฒนาและวางแผนการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6.) เชิญบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องประชุมทำแผนปฏิบัติการร่วมกันเพื่อระดมสมองอย่างน้อย 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-3 และการสะท้อนคิดนำมาพิจารณาวางแผนร่วมกันจัดสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกันในกลุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดกิจกรรมอย่างเป็นระบบตามปัญหาที่ระบุและหาแนวทางสำหรับการดำเนินการแก้ไขปัญหา ระบุกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ กลวิธีปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ระบุตัวชี้วัดความสำเร็จและวิธีการกำกับ ติดตาม และ ประเมินผล

7.) ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาขึ้นร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

8.) คำนึงข้อมูลและสะท้อนความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ร่วมกันออกแบบการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมและแนวทางปฏิบัติ

2. ระยะติดตามและประเมินผล

2.1 การปฏิบัติ การดำเนินการตามระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมและพัฒนาปรับปรุงแก้ไขจนได้รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นต้นแบบในการดูแล

ผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 4 เดือน (มกราคม 2566 – มิถุนายน 2566) ดังนี้

1.) จัดสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกันในกลุ่มตัวอย่าง

2.) จัดกิจกรรมกลุ่มประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, 302ส., สมุนไพร, ดัดเตือน ต่อ โดยสหวิชาชีพโรงพยาบาล

3.) จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนกับบุคคลต้นแบบเพื่อสร้างแรงบันดาลใจเสริมกำลังใจแก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

4.) สร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกัน/คู่มือในการขอความช่วยเหลือในชุมชนเมื่อเกิดโรคแทรกซ้อน คือ

(1) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันสูงกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงแยกตามระดับ (สูง, สูงปานกลาง, สูงมาก) (2) คำนึงข้อมูลกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองให้กับหมอบุคคลที่ 2 (บุคลากรสาธารณสุข) และออกติดตามร่วมกับหมอบุคคลที่ 1 (อสม., ผู้นำชุมชน) แล้วส่งรายงานผลการติดตาม NCD Clinic ทุก 1 เดือน ระบบการรายงานใน NCD line ให้สูขศึกษารายบุคคลอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง, sticker เตือนใจ, โทรฉุกเฉิน 1669 เจ้าหน้าที่ NCD Clinic รายงาน หมอบุคคลที่ 3 (แพทย์) เพื่อทำการวินิจฉัยและดูแลอย่างใกล้ชิดในกรณีผู้ป่วยมีค่า CVD risk ≥ 30 มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ

5.) ติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation Phase) ภายหลังที่บุคลากรทีมทีมสุขภาพทุกคนได้เข้าร่วมโครงการโดยปฏิบัติตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีการสะท้อนการปฏิบัติและพัฒนาปรับปรุงแก้ไขจนได้รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวต่อไป

6.) พัฒนาศูนย์ NCD การประเมิน CVD Risk , การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย, ระบบการเตือน 3 ต (ติด เตือน ต่อ) ติด Sticker เตือนใจ, การทำแผนการดูแลผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายรายบุคคล, การให้สูขศึกษาและ

ความรู้เรื่องโรค อาการเตือน การเลิกบุหรี่ สงปรักษา
Clinic DPAC ฯลฯ

7.) พัฒนาระบบการติดตาม การรายงาน การ
เชื่อมโยง 3 หมอ

8.) พัฒนา health literacy ในผู้ป่วย และ
ครอบครัวสนับสนุนการดูแลสุขภาพ และการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพการจัดกิจกรรมรายบุคคล และรายกลุ่ม
, กิจกรรมค่ายคุณดีชีวิที่มีสุข

9) พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนพัฒนา
ศักยภาพอสม. Health station ในชุมชน เครื่องชั่ง
น้ำหนัก วัดความดัน สายวัดรอบเอว ในชุมชน สนับสนุน
การบันทึก น.ค.ร.(น้ำหนัก ความดัน รอบเอว) ด้วยตนเอง

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง
และความเชื่อถือได้ของข้อมูล 2 วิธี ดังนี้

1. การตรวจสอบแบบสามเส้า

(Triangulation) โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบ
ความเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังนี้

1.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล
(Methodological triangulation) โดยการเก็บรวบรวม
ข้อมูลหลายวิธีการ (Multiple methods) ในการวิจัย
ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1
วิธี คือ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก
การสนทนากลุ่ม และการสังเกต

1.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล
(Data triangulation) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
แหล่งข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย
ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบงาน NCDs ในโรงพยาบาล และ รพ.สต.ทั้ง 4
แห่งในอำเภอมะนัง ที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 ราย
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง จำนวน 15 คน
ผู้ดูแลจำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 5
คน และ ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน

2. การให้สมาชิกตรวจสอบข้อมูล(Member
checking) ด้วยการสะท้อนข้อมูลกลับไปยังผู้ให้ข้อมูล
ได้ตรวจสอบโดยเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว
ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ส่งไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้อ่าน
หากไม่ถูกต้องจะแก้ไขทันทีจนมีความถูกต้องตรงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์จาก
เนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) ที่ได้จากผู้ให้
ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลใน
ประเด็นปัญหาที่ศึกษา

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย
โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล
ที่ต้องการนำมาแยกประเภทแจกแจงความถี่ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการ
รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล หมายเลข ฉบับที่
003/66 เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา ประกอบด้วย

1. วิถีชีวิต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่ม
เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาวถีชีวิตของ
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด
สมอง ได้ให้ข้อมูล ในประเด็นดังนี้

1.1 วิถีชีวิตเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วมี
การใส่ใจกับผลที่เกิดขึ้น เป็นภาวะที่เกิดขึ้นหลังจาก
เจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง ร่างกายเปลี่ยนแปลง
ไปมากกว่าตอนก่อนเจ็บป่วยการดำเนินชีวิตไม่
เหมือนเดิม

1.2 วิถีชีวิตการทำงาน ข้อมูลส่วนใหญ่มีอาชีพ
เกษตรกร สวนยาง สวนปาล์มน้ำมัน หลังเจ็บป่วยของ
โรคที่เป็นในปัจจุบัน วิถีชีวิตก็ยังไม่เปลี่ยนแปลง ยังคง
ทำงานเท่าที่ทำไหวต่อไป

1.3 ความเชื่อ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพ
มีความรู้สึกละเลยในสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ว่าโรคนั้น
จะมีผลต่อตนเองหรือเกิดกระทบภายในครอบครัว
ครอบครัวยังปฏิบัติดูแลดียอมรับได้ เมื่อเกิดขึ้นมาแล้ว
และสามารถยอมรับได้ในผลที่เกิดขึ้นตามมา

1.4. การสนับสนุนของครอบครัว เกี่ยวกับการ
เจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพมีความรู้สึกละเลยในสิ่งที่
เกิดขึ้น ไม่ว่าโรคนั้นจะมีผลต่อตนเองหรือเกิดกระทบ
ภายในครอบครัว ครอบครัวยังปฏิบัติดูแลดียอมรับได้



เมื่อเกิดขึ้นมาแล้ว และสามารถยอมรับได้ในผลที่เกิดขึ้นตามมา

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาหารที่รับประทานเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ พบว่า การรับประทานอาหารส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลเป็นหลัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความรู้พอประมาณ ในเรื่องประเภทของอาหารและเครื่องดื่ม กับโรคที่เป็น แต่ยังไม่ปรับตัวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรคเป็นส่วนใหญ่

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายการออกกำลังกาย ในวิถีชีวิตของผู้ป่วยทั้งหมดส่วนใหญ่ ไม่มีการรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย แต่ละวันยังการทำงานถือว่าเป็นการออกกำลังกายเพียงพอในแต่ละวัน

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้เป็นประจำ การรับรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้เป็นประจำ แต่ละบ้านจะเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ทั้งภรรยา ลูก รับผิดชอบหลัก มีความชัดเจนเนื่องจากยามีจำนวนมากการจดจำ เป็นเรื่องสำคัญของทุกผู้ป่วย จึงมีผู้ดูแลคอยช่วยเป็นส่วนใหญ่

2.4 การรับรู้เกี่ยวกับสภาพอารมณ์ของตนเองจากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วย ความกระตือรือร้นที่จะทำงาน มากกว่าการนั่งกังวลใจต่อโรคที่เป็น ใช้ชีวิตอยู่กับโรคให้เป็น เมื่อมีความเครียดหรือโกรธ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ รับรู้สภาพของตนเองและธรรมชาติของศาสนาตนเองเข้าดูแล

2.5 การรับรู้เกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำ จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วย มีความรู้รับคำแนะนำ การดูแลเมื่อแพทย์ พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ท่านไม่ค่อยจะทำตาม ทำตามเมื่อผู้ดูแลสั่งเท่านั้น เมื่อไม่มีคำสั่งก็ใช้ชีวิตแบบเดิมเป็นส่วนใหญ่

2.6 การดูแลตนเอง การหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค การดูแลเรื่องการออกกำลังกายการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา การดูแลตนเองเพื่อลดความเครียด การรักษาที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ข้อมูลต่าง ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ปฏิบัติตนยังไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ใช้ชีวิต

ตามวิถีเดิม ๆ แม้ได้รับคำแนะนำ จากแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.7 ระบบบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพของระบบบริการ มีความพร้อม ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ห้องบัตร เจ้าหน้าที่อื่น ๆ มีความใส่ใจในการให้บริการ แนะนำทุกเรื่องสุขภาพ ให้กำลังใจ พุดจาหน้าฟัง ทำให้ จึงทำให้มีแรงจูงใจในการฝากการดูแลสุขภาพ แม้การรับบริการแต่ละครั้งจะนาน นิดเยอะ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เข้าใจในบริบท

3. แนวทางการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3.1. แนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองจากโรคที่เป็นอยู่ เมื่อผู้ป่วยไม่รู้แนวทางการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่รู้แค่เพียงจากข่าวสารช่องทางทีวีเพื่อนบ้าน แนะนำ ส่วนรายละเอียดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการที่จะทราบว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรทำไมรุนแรงจนแขนขาขยับไม่ได้และทาง โรงพยาบาลจะมีแนวทางการดูแลรักษาต่อไปอย่างไรการรักษาทางเลือกผลดี

3.2. บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง ความต้องการให้มี อสม.ให้ความรู้กับผู้ป่วยในชุมชนผู้นำชุมชนอำนวยความสะดวกการส่งต่อโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำไม่มีสถานที่ให้ใช้ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพหากมีห้องสมุดจะทำให้สามารถค้นหาข้อมูลต่างๆ ได้หรือไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย ชุมชนมีเสียงตามสายแต่ไม่มีผู้รับผิดชอบประจำโดยเฉพาะคนที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพอยากให้องค์งานที่รับผิดชอบเพิ่มเติมในส่วนนี้

4. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาศาสนาการณวิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง และแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์นำเสนอในที่การสนทนากลุ่ม และ

สัมภาษณ์ไม่เป็นทางการกับผู้ดูแล, บุคลากรสาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้นำชุมชน ร่วมกับการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นจากนั้นร่วมกันสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. **วิถีชีวิต** ประชาชนที่มาอาศัยพื้นที่อำเภอมะนัง ส่วนใหญ่อพยพโยกย้ายจากหลากหลายทั่วภูมิภาคของ ประเทศไทยก่อให้เกิดความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งถือเป็นจุดเด่นของอำเภอเข้ามาตั้งรกรากอาศัยในชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 หรือกว่า 60 ปีที่แล้ว ต่อมามีการโยกย้ายอพยพเข้ามาเพิ่มจำนวนมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นแรงงานภาคเกษตรปัจจุบันมีผู้คนเข้ามาอยู่อาศัยมากขึ้นคนที่เข้ามาอาศัยอยู่ดั้งเดิมปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการให้บริการและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบสำหรับกลุ่มเสี่ยง อีกทั้งการให้บริการเชิงรุกในการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนทั้งสองตำบลยังไม่มี ความครอบคลุม และไม่ทั่วถึงในกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดและ การมีส่วนร่วมของชุมชนยังมีน้อยหรือแทบไม่มีเลยใน ส่วนที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง และ แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการการให้บริการแนวทางหลอดเลือดสมองการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ศึกษา

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 15 คน เป็นเพศชาย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.4 เป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ขาดการรับรู้ข้อมูลปัญหาของกลุ่มเสี่ยงและยังไม่มีแผนหรือรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ม สุขภาพจำนวน 5 คน ยังไม่มีแนวทางในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกันกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ช่วงอายุในการให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60 - 69 ปี คิดเป็น ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.0 สถานภาพส่วนใหญ่ คือสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.0 อาชีพส่วนใหญ่

ใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 73.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8,000 - 12,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่น คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีญาติสายตรงมีการเจ็บป่วยโรคติดต่อเรื้อรังร้อยละ 100.0 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิต SBP 140 - 159 mmHg และ/หรือ DBP 90 - 99 mmHg คิดเป็นร้อยละ 86.66 ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD Risk ส่วนใหญ่ CVD Risk $\leq 20 - 30\%$ คิดเป็นร้อยละ 73.34 ระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) ส่วนใหญ่ > 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 80 การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 73.34 การได้รับความรู้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับความรู้ คิดเป็นร้อยละ 60.00 ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25 - 29.9 คิดเป็นร้อยละ 46.67 กลุ่มเสี่ยงทั้งหมดไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงทำให้ความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและไม่เคยเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ดูแลจำนวน 15 คน, อาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน แกนนำชุมชนจำนวน 5 คน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งหมดไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือให้ความรู้ขาดความมั่นใจในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชนยกเว้นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 คน

2.2 สถานการณ์และปัญหาก่อนการพัฒนาตามองค์ประกอบการดูแลโรคเรื้อรัง

1) ด้านนโยบายด้านสุขภาพในพื้นที่อำเภอ มะนัง จากการศึกษาพบปัญหาหลัก 2 ปัญหา คือ ระบบบริการและด้านแกนนำสุขภาพในชุมชน กล่าวคือ เป็นการศึกษาสถานการณ์การจัดบริการก่อนการพัฒนา ดังนี้ 1.1) ระบบบริการมีนโยบายแต่ยังไม่มีแนวทางในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 1.2) แกนนำชุมชนยังไม่มีแผนหรือแนวทางในการดูแลกลุ่มเสี่ยง

2) การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนพบปัญหา คือ ขาดการสนับสนุนจากสังคมและชุมชนจาก

การศึกษาพบว่าในเขตพื้นที่ที่ทำการศึกษาไม่มีสถานที่
ที่ใช้สำหรับออกกำลังกายในชุมชนรวมถึงชมรมด้าน
สุขภาพต่างๆ ที่ใช้สำหรับการออกกำลังกายดังกล่าว
ของผู้ให้ข้อมูล

3) ความเข้มแข็งของชุมชนพบปัญหา คือ ยังขาดการรับรู้ข้อมูลปัญหาและความต้องการของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองร่วมกันขาดทักษะและความรู้การมีส่วนร่วมของชุมชนน้อย

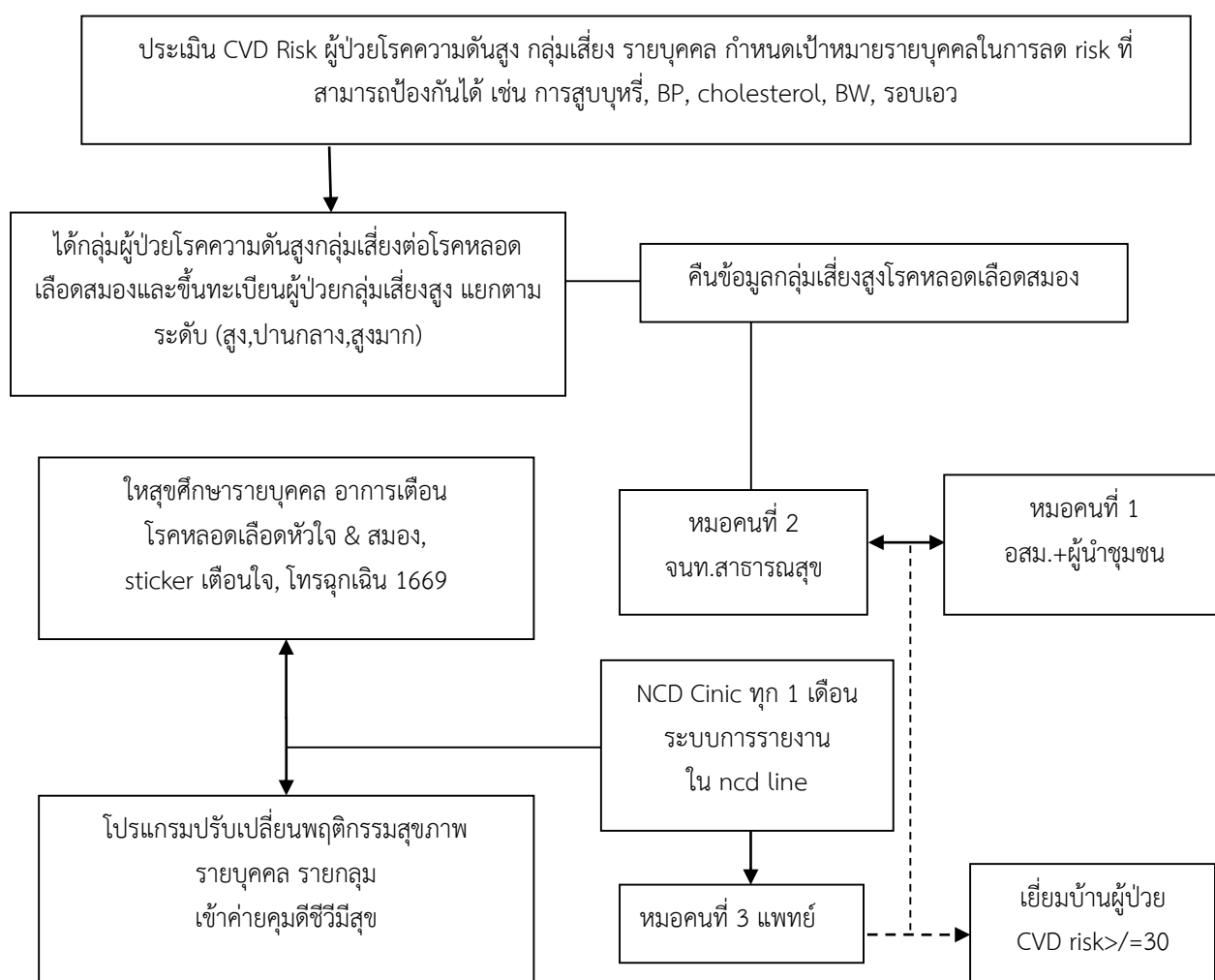
4) การสนับสนุนการดูแลตนเองพบปัญหา คือ

- 1) กลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรค
- 2) ยังไม่มีการส่งเสริมความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นรูปแบบชัดเจนให้กับกลุ่มเสี่ยง ไม่มีการอบรมความรู้ให้กับแกนนำชุมชน
- 3) ขาดเอกสารคู่มือ ความรู้เพื่อใช้ในการดูแลตนเองที่บ้าน

5) การสนับสนุนการตัดสินใจพบปัญหา ดังนี้
คือ โรงพยาบาลมะนัง ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทาง
สำหรับการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

6) การออกแบบระบบบริการและการจัดบริการ
สุขภาพพบปัญหา คือ การคัดกรองสุขภาพประจำปีใช้
เกณฑ์ 5 ข้อ ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด
สมองทั้งหมดขาดทีมดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเฝ้าติด
ตามที่มีรูปแบบที่ชัดเจนการติดตามเฝ้าระวังเพื่อ
ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่มี
รูปแบบที่ชัดเจน

7) ระบุพื้นฐานข้อมูลทางคลินิกพบปัญหา คือการบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังไม่เพียงพอและยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนในการวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนข้อมูล (ดังภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

2.3. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตามรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีดังนี้

1) จัดกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มเสี่ยง

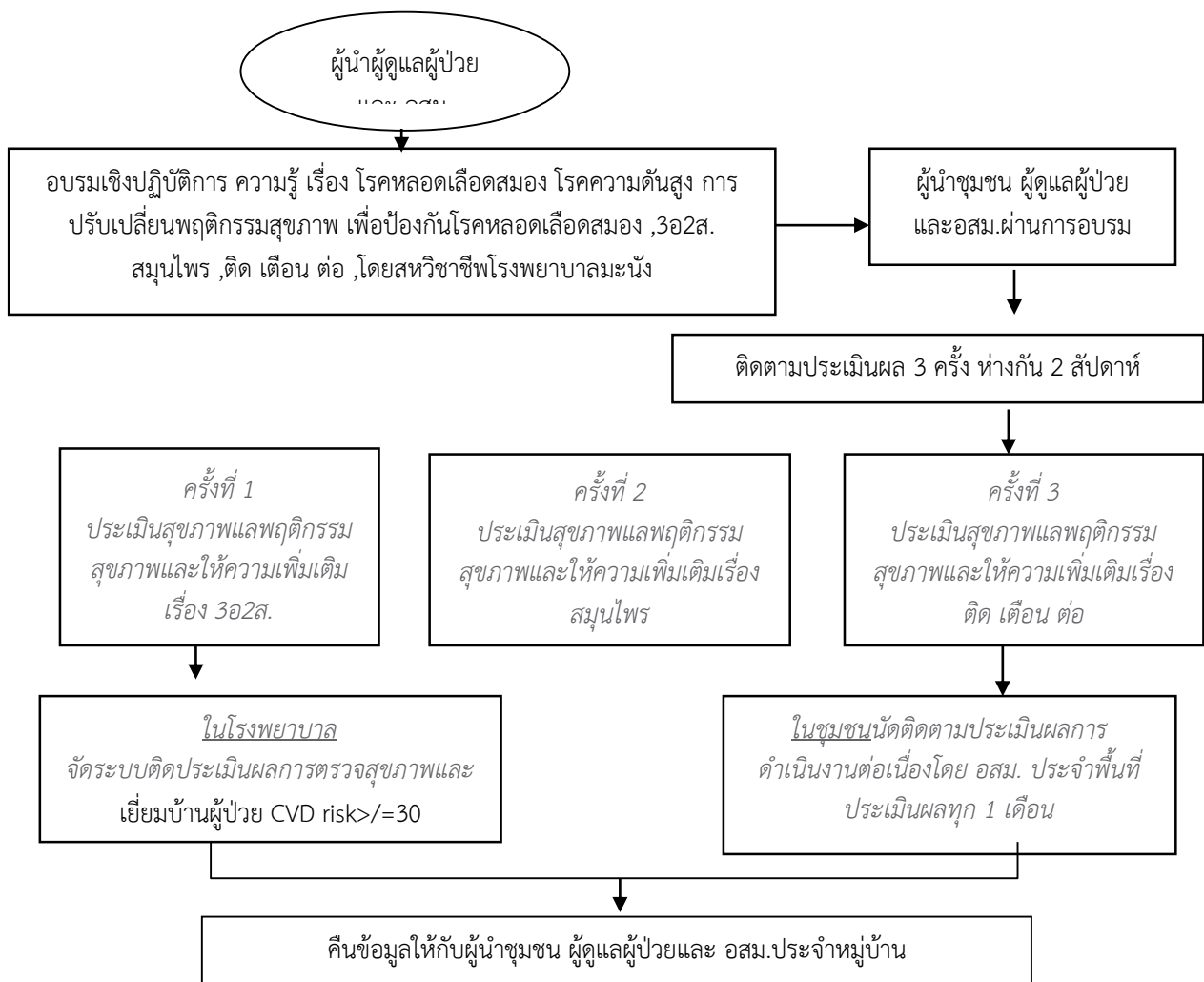
2) จัดกิจกรรมคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชนและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคในรูปแบบฐานความรู้ 3อ 2ส โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชนที่ผ่านการอบรม

4) กิจกรรมการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมผู้ให้บริการร่วมกับ อสม.ในรูปแบบกลุ่มสัมพันธ์อีก 3 ครั้ง พร้อมทั้งมีการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาจากชุมชนมาโรงพยาบาล

5) ติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation Phase) ภายหลังที่บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคนได้เข้าร่วมโครงการโดยปฏิบัติตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการสะท้อนการปฏิบัติและพัฒนาปรับปรุงแก้ไขจนได้รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย





แผนภาพที่ 2 กิจกรรมอบรมให้ความรู้ติดตามประเมินผล

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดูแลกลุ่มเสี่ยง (N=15)

รายละเอียดภาวะสุขภาพ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ค่าความดันโลหิต				
- SBP 140 - 159 mmHg และ/หรือ DBP 90 - 99 mmHg	13	86.66	7	46.66
- SBP <140 - 159 mmHg และ/หรือ DBP <90 - 99 mmHg	2	13.34	8	53.34
2. ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD Risk - - CVD Risk				
≥30%	4	26.66	3	20.00
- CVD Risk 20-30%	11	73.34	12	80.00
3.ระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL)				
< 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	3	20.00	8	53.33
> 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	12	80.00	7	46.64
4. สูบบุหรี่	4	26.66	-	-
- เข้าคลินิกเลิกบุหรี่	-	-	3	75.00
5. การได้รับความรู้				
- ได้รับ	6	40.00	15	100.00
- ไม่ได้รับ	9	60.00	0	0
6. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)				
- 18.5 - 22.9	1	6.66	2	13.34
- 23 - 24.9	3	20.00	5	33.33
- 25 - 29.9	7	46.67	5	33.33
- ≥ 30	4	26.67	3	20.00

ผลการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าความดันโลหิต SBP 140 - 159 mmHg และ/หรือ DBP 90 - 99 mmHg ร้อยละ 86.66 และ 46.66 ตามลำดับ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD Risk ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ CVD Risk $\leq$ 30 % ร้อยละ 73.34 และ 80.00 ตามลำดับ ระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ > 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 80.00 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ < 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 53.33 การสูบบุหรี่ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 26.66 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูบบุหรี่

ร้อยละ 0.00 การได้รับความรู้ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ไม่ได้รับความรู้ ร้อยละ 60.00 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ ร้อยละ 100.00 ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25 - 29.9 ร้อยละ 46.67 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 23 - 24.9 กับ 25 - 29.9 ร้อยละ 33.33

อภิปรายผลการวิจัย

1. วิถีชีวิตและวิถีชีวิตการทำงาน อาชีพผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรมมีผลกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตกล่าวคือ วิถีชีวิตชาวสวนยางพารา มีความเกี่ยวข้องกับช่วงเวลาในการดำเนินวิถีชีวิตที่มีความแตกต่างจากคนทั่วไป

สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁷⁾ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคด้านอาหาร มีการดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง มีการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีการออกกำลังกาย โดยเชื่อว่าการเหน็ดเหนื่อยจากการปฏิบัติงานหรือทำงานจากการทำสวนยาง คือการออกกำลังกาย และใช้เวลาช่วงกลางวันเป็นการพักผ่อน และสอดคล้องกับการศึกษา ของที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพของเกษตรกรการสวนยางพารา พบว่าเวลาการทำงานของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ อยู่ระหว่างเวลา 23.00 – 10.00 น. และดื่มเครื่องดื่มโดยเฉพาะกาแฟเป็นหลัก เนื่องจากมีการรับรู้ถึงสภาพร่างกายของตนเองในขณะที่ทำสวนยาง โดยให้เหตุผลว่า หากไม่ได้ดื่มกาแฟจะกรดยังไม่ไหว และเพลอหลับในช่วงการทำงาน จึงจำเป็นต้องหาสิ่งทดแทนเพื่อให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพ

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง
การดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินกว่าเกณฑ์ปกติเป็นหน้าที่หรือการกระทำของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องมีการหักห้ามใจตนเองเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของคะเนิงนิจ เพชรรัตน์ และคณะ (2561)⁽⁶⁾พบว่า การควบคุมระดับความดันโลหิตจะต้องลดอาหารที่มีรสชาติประเภทมันและเค็ม หรือแม้กระทั่งการออกกำลังกาย เพื่อลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ เพราะการรับรู้ว่าน้ำหนักตัวเพิ่ม ส่งต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยรวมถึงการทานยาอย่างสม่ำเสมอและการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมไม่ให้อารมณ์มีความวิตกกังวล เครียด หรือพลุ่งพล่าน

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเฉยๆ ให้ความรู้สึกที่ไม่ค่อยอันตราย แต่จะรู้สึกกลัวเมื่อไปพบแพทย์ตามนัดเมื่อรู้ว่าตัวเองมีความดันโลหิตสูงจากการวัดเครื่องวัดความดัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมฤดี ดินวนพะเยา และคณะ (2565)⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษา ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามุมมองที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือเป็นภัยเงียบที่อันตราย และ ไม่น่ากลัว อาจเกิดขึ้นกับทุกคน

เมื่อไหร่ก็ได้ หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
หลังการดำเนินการวิจัย เกิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกัน ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลด้านต่างๆ อาทิ สถานการณ์ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล อสม. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชนในพื้นที่ มาร่วมปรึกษาหารือกันทำกรอบศึกษาสถานการณ์ของปัญหา ทำให้มองเห็นปัญหาได้เป็นระบบ ครอบคลุม และทั่วถึงทั้งในส่วนตัวของผู้ป่วย ระบบการให้บริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน นำมาซึ่งการออกแบบพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง คือ

1. ระบบฐานข้อมูลทางคลินิกโรคเรื้อรัง มีการจัดทำแนวทางการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีการนำเข้าสู่ข้อมูลความเสี่ยงจากการคัดกรองมาใช้วางแผนดูแลกลุ่มเสี่ยงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาคม รัฐวงษา (2563)⁽¹⁰⁾ เพราะฐานข้อมูลทางคลินิกมีความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

2. การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการ สอดคล้องกับแนวทางคัดกรองของ สำนักโรคโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 พบว่าทำให้เกิดแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงที่ครอบคลุมต่อกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น ผลที่ได้คือได้แผนการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เกิดเป็นแนวทางในการติดตาม การส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของ ปัทมา สำราญ(2566)⁽⁹⁾ ที่พบว่าการกำหนด แนวทางในการส่งต่อ เพื่อให้ผู้บริการสามารถตัดสินใจส่งผู้ป่วยเข้ามารับบริการได้สะดวกขึ้น เนื่องจากมี แนวทางในการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ด้านการสร้างช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและกลุ่มเสี่ยง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งกลุ่ม



เสียง ครอบครัว และแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกัน

ข้อเสนอแนะจากพื้นที่ทำการศึกษ

1. ควรจัดหาอุปกรณ์สำหรับการวัดความดันโลหิตและอุปกรณ์การเจาะน้ำตาลในเลือดเครื่องชั่งน้ำหนักเพิ่มให้เพียงพอโดยคำนึงถึงจำนวนประชากรการกระจายตัวของประชากรในแต่ละพื้นที่และเพิ่มระบบการตรวจสอบเครื่องมือในด้านความเที่ยงการบำรุงรักษาเพื่อให้เครื่องมือมีความพร้อมใช้งานอยู่เสมอ

2. ควรมีการขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนท้องถิ่นผู้นำศาสนาให้มาร่วมกระบวนการจะทำให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้นในการร่วมกันดูแลสุขภาพในชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เชิงนโยบาย เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญควรนำลงสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจนกระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมการอบรมเผยแพร่แนวคิดเวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้บุคลากรทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาการให้บริการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2. การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงควรเน้นงานเชิงรุกเพื่อสร้างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงให้เกิดความตระหนักและเสริมพลังด้วยการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

- 1.Organization WH. Innovative care for chronic condition. 2022;<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalre-port.pdf>.
- 2.District M. Population Data 2022 [cited 2019 6 March 2022]. Available from: https://www.satun.go.th/amphur_content/cate/7.
- 3.Health MoP. Public Health Statistics A.D.2020. 2020.
- 4.Province TPHOoS. Health data center 2022 [cited 2022 2 February 2022]. Available from: <https://datasatun.moph.go.th/>.
- 5.Yavalak W. The Effects of Management for Motivation to Prevent Disease in Patients with Non-Insulin Dependent Type of Diabetes, Tha Tum District, Nakhon Phanom Province. Master's Degree Thesis Mahasarakham University. 2007.
- 6.คณินิจ เพชรรัตน์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและ การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. จารยคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย. 2561.
- 7.วิภาพร สิทธิศาสตร์. วิถีชีวิต วิถีสุขภาพ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามบริบทของชาวสวนยางพารา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราช. 2560.
- 8.สำนักโรคไม่ติดต่อ ก. รวม 4 โรค / ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/หัวใจขาดเลือด/หลอดเลือด สมอง/หลอดเลือดอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง 2022 [cited 2566 2 มิถุนายน 2566].
9. สำราญ ป. การพัฒนาระบบ บริการผู้ ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาล ชุมพวงโดยใช้หลักการพื้นฐานของสั่นและ การเว้นระยะห่างทางกายภาพ. วารสาร วิจัย และ พัฒนา ด้าน สุขภาพ. 2022;8(1):18-37.
10. อาคม รัฐวงษา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;ปีที่ 5 ฉบับที่ 2.



ผลลัพธ์ทางคลินิกของการให้ยาดีเฟอริโพรน (deferiprone) ในเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกิน ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

Clinical outcomes of deferiprone administration (deferiprone) in children with thalassemia who have iron overload in Phetchabun Hospital

(Received: September 18,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 30,2023)

ดอกฟ้า แก้วแวว^{1*}

DokFai Kaewwaew¹

บทคัดย่อ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (thalassemia) เป็นโรคพันธุกรรมทางโลหิตวิทยาซึ่งมีอุบัติการณ์สูงมากในประเทศไทย ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ภาวะธาตุเหล็กเกิน การรักษาด้วยยาขับธาตุเหล็ก ส่วนใหญ่รักษาด้วยยาดีเฟอริโพรน (deferiprone) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับเฟอร์ริตินในเลือด (serum ferritin) ก่อนและหลังได้รับยา deferiprone ในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ในเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกิน โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียอายุ 2-15 ปี ที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยา deferiprone เพื่อขับธาตุเหล็ก ซึ่งมารับการตรวจที่แผนกกุมารเวชกรรม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 – 31 ธันวาคม 2565 ทั้งหมดจำนวน 57 ราย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน repeated measure ANOVA โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.05 พบว่า ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยาดีเฟอริโพรน (deferiprone) โดยการรับประทานเพื่อขับธาตุเหล็กมีจำนวนทั้งหมด 57 ราย ส่วนใหญ่เป็นธาลัสซีเมียชนิดเบต้า รับเลือดมากกว่า 10 ครั้งต่อปี เปอร์เซนต์ไทรของน้ำหนักและส่วนสูงก่อนได้รับยาดีเฟอริโพรน (deferiprone) ส่วนใหญ่อยู่ที่ช่วงเปอร์เซนต์ไทร 10 – 90 การศึกษาผลข้างเคียงหลังการได้รับยาดีเฟอริโพรน พบว่า มี transaninitis, Thrombocytopenia, Neutropenia, proteinuria , ปวดข้อ, ข้ออักเสบ, คลื่นไส้อาเจียน ค่าเฉลี่ยระดับ serum ferritin ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนและ ยาหลังได้รับยา deferiprone ยกเว้น ก่อนและหลังได้รับยา 3 เดือนและหลังได้รับยา 3 เดือนกับหลังได้รับยา 6 เดือน ค่าเฉลี่ยระดับ serum ferritin ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนและหลังได้รับยา deferiprone 6 เดือน

คำสำคัญ : ภาวะธาตุเหล็กเกิน ยาขับธาตุเหล็ก ดีเฟอริโพรน ธาลัสซีเมีย

Abstract

Thalassemia anemia is a genetic hematological disease with a very high incidence in Thailand. Iron overload is complication and iron chelation therapy were treated with deferiprone. Objective to compare serum ferritin levels before and after deferiprone administration at 3 months, 6 months and 12 months in iron overloaded thalassemia children and study the side effects of the deferiprone. Methods study of thalassemia pediatric patients aged 2 - 15 years with iron overload that iron chelation therapy by deferiprone. The population included total of 57 cases of pediatric that visit from January 1, 2017 to December 31, 2022. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics, repeated measure ANOVA, with statistical significance set at P-value < 0.05. Children with thalassemia with iron overload that iron chelation therapy by deferiprone total 57 cases and most of them was beta thalassemia. Need blood transfusions more than 10 per year. The percentile of weight and height prior to deferiprone administration was mostly in the 10 to 90 percentile range. Side effect after administration deferiprone was found include transaninitis, thrombocytopenia, neutropenia, proteinuria, arthralgia, arthritis, nausea and vomiting. The mean serum ferritin levels decreased significantly differently before and after deferiprone administration 6 months and 12 months. The mean serum ferritin level decreased significantly differently before and 6 months after deferiprone deferiprone administration.

Keywords: iron overload iron chelation, deferiprone, thalassemia

¹ นายแพทย์ชำนาญการกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์



บทนำ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (thalassemia) เป็นโรคพันธุกรรมทางโลหิตวิทยาซึ่งมีอุบัติการณ์สูงมากในประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยธาลัสซีเมียทั่วประเทศประมาณ 600,000 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0 และมีผู้ที่เป็นพาหะประมาณ 25 ล้านคน (ร้อยละ 40.0) ประชากรการรักษาดูแลธาลัสซีเมียขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งการให้เลือดเป็นการรักษาหลักในกลุ่มธาลัสซีเมียชนิดพึ่งเลือด² ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดขึ้นได้แก่ภาวะธาตุเหล็กเกิน ภาวะธาตุเหล็กเกินส่วนใหญ่เกิดจากเลือดที่ผู้ป่วยได้รับและส่วนน้อยเกิดจากการดูดซึมธาตุเหล็กทางลำไส้ ธาตุเหล็กที่เกินส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ เช่น ทำให้เกิดตับแข็ง โรคเบาหวาน และเกิดภาวะหัวใจวาย เป็นต้น³ Deferiprone เป็นยาขับธาตุเหล็ก ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนให้ใช้ได้ครั้งแรกที่ประเทศอินเดีย ในปีพ.ศ. 2537 และต่อมาได้ใช้แพร่หลายในหลายประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยมีการศึกษาด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยของยา deferoprone ในเด็ก ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าสามารถลดระดับระดับเฟอร์ริตินในเลือดลงได้มากกว่าร้อยละ 15.0-21.0 จากเริ่มต้น โดยเริ่มมีระดับเฟอร์ริตินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่เดือนที่ 6 ของการรักษา ส่วนการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา deferiprone ในต่างประเทศ พบค่าเอนไซม์ตับผิดปกติมากที่สุด ร้อยละ 7.5-60.0 รองลงมาคืออาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่นปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 10.4-33.0 ปวดข้อ ร้อยละ 9.8 - 20.0 และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ได้แก่ ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิวต่ำ (neutropenia) ตรวจปัสสาวะพบโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Agranulocytosis) เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ผื่น (rash) การมองเห็นผิดปกติ (visual disturbance) การได้ยินผิดปกติ (auditory disturbance)^{10,11,12,13,14} โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่

สำคัญของแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เนื่องจากมีปริมาณผู้ป่วยจำนวนมาก และมีอัตราส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับยาขับธาตุเหล็กมากกว่าร้อยละ 40.0 ที่ได้รับยา deferiprone เพื่อขับธาตุเหล็ก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการรับยา deferiprone ทั้งด้านของประสิทธิผลและการตอบสนองต่อยา การเจริญเติบโต ผลข้างเคียง การมารับการรักษาต่อเนื่อง และค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับเฟอร์ริตินในเลือด (serum ferritin) ก่อนและหลังได้รับยา deferiprone ในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ในเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกิน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการให้การรักษาด้วยยา deferiprone ในด้านการเจริญเติบโต การมารับการรักษาต่อเนื่อง และผลข้างเคียงของการให้ยา deferiprone ในเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกิน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเปรียบเทียบแบบวัดซ้ำ (Repeated method) ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียอายุ 2-15 ปี ที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยา deferiprone เพื่อขับธาตุเหล็ก ซึ่งมารับการตรวจที่แผนกกุมารเวชกรรม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 - 31 ธันวาคม 2565 ทั้งหมดจำนวน 57 ราย จึงได้ทำการคำนวณขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบ

จากผิเขียวชา 3 ท่านมีค่าความสอดคล้องโดยวัดจากค่าอัลฟาของคอรอนบาค 0.85 โดยบันทึกข้อมูลเครื่องมือประเมินผลข้างเคียง ประเมินจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

1. ผลตรวจ CBC ที่บันทึกในเวชระเบียน เพื่อดูจำนวน WBC Absolute Neutrophil Platelet count ซึ่งได้จากการตรวจเลือดหลังได้รับยา deferiprone 3 ครั้งที่ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน แปลผลดังนี้ ถ้า WBC และ Absolute Neutrophil น้อยกว่า 500 cells/cumm หมายถึง มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ถ้า Platelet count น้อยกว่า 150,000 cells/cumm หมายถึง มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

2. ผลตรวจการทำงานของไตบันทึกในเวชระเบียนได้จากการตรวจเลือดหลังได้รับยา deferiprone 3 ครั้งที่ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน แปลผลดังนี้ BUN,Cr มากกว่าค่าปกติ 1.5 เท่า หมายถึง มีการทำงานของไตผิดปกติ

3. ผลตรวจการทำงานของตับที่บันทึกในเวชระเบียนได้จากการตรวจเลือดหลังได้รับยา deferiprone 3 ครั้งที่ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน แปลผลดังนี้ AST, ALT มากกว่าค่าปกติ 1.5 เท่า หมายถึง มีภาวะตับอักเสบ

4. ผลตรวจหาโปรตีนรั่วในปัสสาวะบันทึกในเวชระเบียน ได้จากการตรวจปัสสาวะหลังได้รับยา deferiprone 3 ครั้งที่ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน แปลผลดังนี้ Protien2+ ขึ้นไป หมายถึงมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ

ประเมินอาการข้างเคียงจากข้อมูลการซักประวัติที่บันทึกในเวชระเบียน ซึ่งได้แก่ อาการปวดข้อ (arthralgia) อาการข้ออักเสบ(arthritis) ผื่น(rash) อาการคลื่นไส้อาเจียน(nausea/vomiting) อาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) ประเมินจากการทบทวนเวชระเบียน

จริยธรรมในการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เมื่อวันที่ 9 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 รหัสโครงการวิจัย 18-2566: version 2 / 9 พ.ค. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ repeated measure ANOVA

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) โดยการรับประทานเพื่อขับธาตุเหล็กมีจำนวนทั้งหมด 57 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.1 และเพศหญิง 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.9 ส่วนใหญ่เป็นธาลัสซีเมียเบต้า ร้อยละ 87.7 และส่วนใหญ่รับประทานมากกว่า 10 ครั้งต่อปี เพอร์เซ็นต์ไทล์ของน้ำหนักและส่วนสูงก่อนได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) ส่วนใหญ่อยู่ที่ช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ 10 – 90 ร้อยละ 63.2 และร้อยละ 73.3 ตามลำดับ ด้านเปอร์เซ็นต์ไทล์น้ำหนักและส่วนสูงหลังได้รับยา ดีเฟอริพرون (deferiprone) 12 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ที่ช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ 10 – 90 ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 82.5 ตามลำดับ ผลตรวจการได้ยินก่อนได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) พบว่าไม่ผิดปกติร้อยละ 91.2 ไม่ได้ตรวจร้อยละ 8.8 ส่วนผลตรวจการมองเห็นก่อนได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) พบว่าส่วนใหญ่ไม่ผิดปกติถึงร้อยละ 91.2 ผิดปกติร้อยละ 1.8 ที่เหลือไม่ได้ตรวจร้อยละ 8.8 การมาติดตามต่อเนื่องใน 1 ปี พบว่าขาดนัด 1-3 ครั้ง ร้อยละ 56.1 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	49.1
หญิง	29	50.9
ชนิดของธาลัสซีเมีย		
Alpha thalassemia	7	12.3
Beta thalassemia	50	87.7
การรับเลือดต่อปี		
น้อยกว่า 10 ครั้งต่อปี	2	3.5
มากกว่า 10 ครั้งต่อปี	55	96.5
เปอร์เซ็นต์ไทล์ของน้ำหนัก [ก่อนได้รับยา deferiprone]		
< P3	5	8.8
P3 – P10	15	26.3
P10 – P90	36	63.2
> P90	1	1.8
เปอร์เซ็นต์ไทล์ของส่วนสูง [ก่อนได้รับยา deferiprone]		
< P3	2	3.5
P3 – P10	12	21.1
P10 – P90	42	73.7
> P90	1	1.8
เปอร์เซ็นต์ไทล์ของน้ำหนัก [หลังได้รับยา deferiprone]		
< P3	5	8.8
P3 – P10	13	22.8
P10 – P90	38	66.7
> P90	1	1.8
เปอร์เซ็นต์ไทล์ของส่วนสูง[หลังได้รับยา deferiprone] 12 เดือน		
< P3	3	5.3
P3 – P10	6	10.5
เปอร์เซ็นต์ไทล์ของส่วนสูง[หลังได้รับยา deferiprone] 12 เดือน		
P10 – P90	47	82.5
> P90	1	1.8
ผลการตรวจการได้ยิน [ก่อนได้รับยา deferiprone]		
ไม่ผิดปกติ	52	91.2
ไม่ได้ตรวจ	5	8.8
ผลการตรวจการมองเห็นก่อน ได้รับยา deferiprone		
ผิดปกติ	1	1.8
ไม่ผิดปกติ	52	91.2
ไม่ได้ตรวจ	5	8.8
การมาติดตามต่อเนื่องใน 1 ปี		
มาตามนัดทุกครั้ง	19	33.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ขาดนัด 1-3 ครั้ง	32	56.1
ขาดนัด 4-6 ครั้ง	6	10.5

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการให้ยาดีเฟอริพرون (deferiprone) ที่ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) 3 เดือน พบว่าค่าการทำงานของไตเกือบทั้งหมดไม่ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 84.2 ส่วนอีกร้อยละ 15.8 ไม่ได้ตรวจ ผลตรวจเอนไซม์ตับพบว่ามี transaninitis ร้อยละ 17.5 ผลตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) มี Neutropenia เพียงร้อยละ 1.8 มี Thrombocytopenia ร้อยละ 4 และไม่มีภาวะ Agranulocytosis ผลตรวจปัสสาวะพบโปรตีนรั่วในปัสสาวะร้อยละ 5.3

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังการได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) 6 เดือน เกือบทั้งหมดไม่มีการทำงานของไตผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 89.5

พบ transaninitis ร้อยละ 22.8 ผลตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ไม่มี Neutropenia มี Thrombocytopenia ร้อยละ 4 และไม่มีภาวะ Agranulocytosis ไม่ได้ตรวจร้อยละ 7 ส่วนผลตรวจปัสสาวะพบโปรตีนรั่วในปัสสาวะเพียงร้อยละ 1.8

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังการได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) 12 เดือน ทั้งหมดไม่มีการทำงานของไตผิดปกติ พบ transaninitis ร้อยละ 22.8 ผลตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ไม่มี Neutropenia มี Thrombocytopenia ร้อยละ 7 และไม่มีภาวะ Agranulocytosis ส่วนผลตรวจปัสสาวะพบโปรตีนรั่วในปัสสาวะร้อยละ 12.3 ไม่พบความผิดปกติของการได้ยิน และพบการมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 1.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) จำแนกตามผลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลลัพธ์ทางคลินิก	เดือน (n = 57)		
	3 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	12 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
ผลตรวจค่าการทำงานของไต (BUN, Cr)			
ไม่ผิดปกติ	48 (84.2)	51 (89.5)	55 (96.5)
ไม่ได้ตรวจ	9 (15.8)	6 (10.5)	2 (3.5)
ผลตรวจเอนไซม์ตับ (AST , ALT) 3 เดือน			
ไม่มี transaninitis	42 (73.3)	39 (68.4)	43 (75.4)
มี transaninitis	10 (17.5)	13 (22.8)	13 (22.8)
ไม่ได้ตรวจ	5 (8.8)	5 (8.8)	1 (1.8)
ผลตรวจ CBC			
Neutropenia			
ไม่มี Neutropenia	52 (91.2)	53 (93.0)	57 (100.0)
มี Neutropenia	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
ไม่ได้ตรวจ	4 (7.0)	4 (7.0)	0 (0.0)



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) จำแนกตามผลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลลัพธ์ทางคลินิก	เดือน (n = 57)		
	3 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	12 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
Thrombocytopenia			
ไม่มี Thrombocytopenia	49 (86.0)	49 (86.0)	50 (87.7)
มี Thrombocytopenia	4 (7.0)	4 (7.0)	7 (12.3)
ไม่ได้ตรวจ	4 (7.0)	4 (7.0)	0 (0.0)
Agranulocytosis			
ไม่มี Agranulocytosis	53 (93.0)	53 (93.0)	57 (100.0)
ไม่ได้ตรวจ	4 (7.0)	4 (7.0)	0 (0.0)
ผลตรวจปัสสาวะ			
ไม่มี Proteinuria	50 (87.7)	52 (91.2)	7 (12.3)
มี Proteinuria	3 (3.0)	1 (1.8)	50 (87.7)
ไม่ได้ตรวจ	4 (7.0)	4 (7.0)	0 (0.0)
ผลการตรวจการได้ยิน [หลังได้รับยา deferiprone 12 เดือน]			
ไม่ผิดปกติ			57 (100.0)
ไม่ได้ตรวจ			0 (0.0)
ผลการตรวจการมองเห็น [หลังได้รับยา deferiprone 12 เดือน]			
ผิดปกติ			1 (0.0)
ไม่ผิดปกติ			56 (98.2)

ผลข้างเคียงจำแนกตามอาการหลังได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) 3 เดือน พบ พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 7 พบอาการปวดข้อ (arthralgia) 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1.8 หลังได้รับยา 6 เดือน พบอาการปวดข้อ (arthralgia) 1 ราย และข้ออักเสบ (arthritis) 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.8 หลังได้รับ

ยา 12 เดือน พบอาการปวดข้อ (arthralgia) 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.8 ไม่พบอาการผื่น (rash) และแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) หลังได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) ทั้ง 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) จำแนกตามอาการข้างเคียง

ผลข้างเคียง	เดือน (n = 57)		
	3 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	12 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
ปวดข้อ (arthralgia)			
ไม่มี	56 (98.2)	56 (98.2)	56 (98.2)
มี	1 (1.8)	1 (1.8)	1 (1.8)
ข้ออักเสบ (arthritis)			

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยาดีเฟอริโพรน (deferiprone) จำแนกตามอาการข้างเคียง

ผลข้างเคียง	เดือน (n = 57)		
	3 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	12 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี	57 (100.0)	56 (98.2)	57 (100.0)
มี	1 (1.8)	1 (1.8)	0 (0.0)
ผื่น (rash)			
ไม่มี	57 (100.0)	57 (100.0)	57 (100.0)
มี	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
คลื่นไส้อาเจียน (nausea/vomiting)			
ไม่มี	53 (93.0)	57 (100.0)	57 (100.0)
มี	4 (7.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
อาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis)			
ไม่มี	57 (100.0)	57 (100.0)	57 (100.0)

จากการศึกษาพบว่าระดับ serum ferritin ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับยา ดีเฟอริโพรน (deferiprone) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ โดยระดับ serum ferritin ลดลงหลังการได้รับยาในเดือนที่ 3 , 6 และ 12 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับ serum ferritin เฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังได้รับยา deferiprone 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

ระดับ serum ferritin (ng/dl)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนได้รับยา deferiprone	2313.6	1343.38
หลังได้รับยา deferiprone 3 เดือน	1993.7	1547.12
หลังได้รับยา deferiprone 6 เดือน	1539.6	909.70
หลังได้รับยา deferiprone 12 เดือน	1393.0	868.84

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระดับ serum ferritin (ng/dl) ก่อนและหลังได้รับยา ดีเฟอริโพรน

(deferiprone) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวน

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2832000	3	9439205.366	10.229
ภายในกลุ่ม	14400000	156	922822.629	

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับ serum ferritin ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนและ ยาลังได้รับยา

deferiprone ยกเว้น ก่อนและหลังได้รับยา 3 เดือน และหลังได้รับยา 3 เดือนกับหลังได้รับยา 6 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่

	ก่อนได้รับยา deferiprone	หลังได้รับยาdeferiprone 3 เดือน	หลังได้รับยาdeferiprone 6 เดือน
หลังได้รับยา deferiprone 3 เดือน	319.92	-	
หลังได้รับยา deferiprone 6 เดือน	773.98*	454.06	-
หลังได้รับยา deferiprone 12 เดือน	920.54*	600.62*	146.56

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการได้รับยา deferiprone ในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ repeated measure ANOVA ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) โดยการรักษาเพื่อขับธาตุเหล็กมีจำนวนทั้งหมด 57 ราย ส่วนใหญ่เป็นธาลัสซีเมียชนิดเบต้า รับเลือดมากกว่า 10 ครั้งต่อปี เพอร์เซ็นต์ไทล์ของน้ำหนักและส่วนสูงก่อนได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) ส่วนใหญ่อยู่ที่ช่วงเพอร์เซ็นต์ไทล์ 10 – 90

การศึกษาผลข้างเคียงหลังการได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) 3 เดือน พบว่า มี transaninitis ร้อยละ 17.5 มี Thrombocytopenia ร้อยละ 4 มี Neutropenia ร้อยละ 1.8 และพบโปรตีนรั่วในปัสสาวะร้อยละ 5.3 ผลข้างเคียงหลังการได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) 6 เดือน พบ transaninitis ร้อยละ 22.8 มี Thrombocytopenia ร้อยละ 4 พบโปรตีนรั่วในปัสสาวะร้อยละ 1.8 และผลข้างเคียงหลังการได้รับยา 12 เดือน พบว่ามี transaninitis ร้อยละ 22.8 มี Thrombocytopenia ร้อยละ 7 พบโปรตีนรั่วในปัสสาวะร้อยละ 12.3 การมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 1.8 และไม่พบความผิดปกติของการได้ยิน

ผลข้างเคียงหลังการได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) จำแนกตามอาการ หลังได้รับยา 3 เดือน พบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 7 ปวดข้อ (arthralgia) ร้อยละ 1.8 หลังได้รับยา 6 เดือน พบมีอาการปวดข้อ (arthralgia) 1 ราย และข้ออักเสบ

(arthritis) ร้อยละ 1.8 หลังได้รับยา 12 เดือน พบอาการปวดข้อ (arthralgia) ร้อยละ 1.8 ไม่พบอาการผื่น (rash) และแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) หลังได้รับยาดีเฟอริพرون (deferiprone) ทั้ง 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับ serum ferritin ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและ ยาหลังได้รับยา deferiprone ยกเว้น ก่อนและหลังได้รับยา 3 เดือนและหลังได้รับยา 3 เดือนกับหลังได้รับยา 6 เดือน ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยา ดีเฟอริพرون (deferiprone) เพื่อขับธาตุเหล็ก มีระดับ serum ferritin ลดลงหลังการได้รับยาในเดือนที่ 3, 6 และ 12 ตามลำดับ โดยระดับ serum ferritin ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนให้ยาและหลังได้รับยา 6 เดือน ก่อนและหลังได้รับยา deferiprone 12 เดือน และเมื่อเทียบระหว่างหลังได้รับยา deferiprone 3 เดือนและ 12 เดือน ก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยการให้ยาดีเฟอริพرون (deferiprone) จะจับกับธาตุเหล็กที่มีสารประกอบเป็นกลางที่ pH ของร่างกาย จะขับเหล็กออกจากโปรตีนที่เป็นแหล่งสะสมของธาตุเหล็กและขับออกจากร่างกาย ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่ายา ดีเฟอริพرون (deferiprone) สามารถลดระดับระดับเฟอร์ริตินในเลือดลงได้มากกว่าร้อยละ 15-21 จากเริ่มต้น โดยเริ่มมีระดับเฟอร์ริติน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่วันที่ 6^{6,8,9,18}

ผลการศึกษานี้พบว่า ก่อนและหลังรับยา ดีเฟอริพرون (deferiprone) 3 เดือน ระดับ serum ferritin มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากการเริ่มให้ยาในช่วงแรกขนาดยาอาจยังไม่เหมาะสมกับค่าระดับ ferritin ที่สูงเพราะต้องคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักตัวและปรับเพิ่มขึ้นได้ถึง 50-100 mg/kg/day การศึกษาด้านผลข้างเคียงหลังได้รับยา deferiprone ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบมีปวดข้อโดยไม่มีอาการอักเสบ (ร้อยละ 11.11) มีภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ (absolute neutrophil count น้อยกว่า $1,500 \times 10^3/\text{mL}$) (ร้อยละ 2.22) ทั้งนี้ไม่สอดคล้องเรื่องเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาพบว่า ปวดข้อร้อยละ 12.12 คลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 9.09 เม็ดเลือดขาวต่ำร้อยละ 6.06⁸ สอดคล้องการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช ได้แก่ระดับเอนไซม์ของตับเพิ่มขึ้น (transaminitis) จำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำและภาวะเกล็ดเลือดต่ำ¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sebastian Botzenhardt ในประเทศเยอรมัน พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา deferiprone ดังนี้ ปวดข้อ (Arthropathy) ร้อยละ 11.8% เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น (Increased transaminases) ร้อยละ 10.4% จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (neutropenia) ร้อยละ 8.4% ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (Abdominal disorder) อยู่ในช่วงร้อยละ 0.3¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Saumya S. Jamuar and Angeline H.M. Lai เกี่ยวกับความปลอดภัยจากการใช้ยา deferiprone พบ อาการปวดท้อง/คลื่นไส้ อาเจียน (Abdominal pain/nausea) เพิ่มขึ้นร้อยละ 33% มีภาวะตับอักเสบ (Transaminitis) ร้อยละ 60% เม็ดเลือดขาวต่ำอย่างรุนแรง (Agranulocytosis) ร้อยละ 0.5 เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (Neutropenia) ร้อยละ 9 เกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) ร้อยละ 0-

45.5 ข้ออักเสบ/ปวดข้อ (Arthritis/arthropathy) ร้อยละ 20¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mikhael Yosia, Pustika Amalia Wahidiyat ด้านผลข้างเคียงจากการใช้ยา deferiprone พบ เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (Neutropenia) ร้อยละ 6.2 เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น (ALT increase) ร้อยละ 7.5 ปวดข้อ (Arthralgia) ร้อยละ 9.8 ข้ออักเสบ (Arthropathy) ร้อยละ 2.5¹² สอดคล้องกับการศึกษาของด้านความปลอดภัยของการให้ยา deferiprone ของ Sebastian Botzenhardt พบ เกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) ร้อยละ 4.4 % ,เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (Neutropenia) ร้อยละ 7.1 เม็ดเลือดขาวต่ำอย่างรุนแรง (Agranulocytosis) ร้อยละ 0.002 เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น (increase liver enzyme) ร้อยละ 6.2% ,โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) ร้อยละ 0.6 ปวดท้อง (Abdominal pain/discomfort) ร้อยละ 4.2 ข้ออักเสบ (Artropathy) ร้อยละ 10.9¹³ การใช้ยาขับธาตุเหล็กระยะยาวไม่มีผลกับการเปลี่ยนแปลงของการมองเห็น สอดคล้องกับการศึกษา Raffaele Nuzzi และคณะ¹⁵

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจคัดกรองผลข้างเคียงที่ 3 เดือน และ 6 เดือน ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางเดียวกันและระวังแก้ไขผลข้างเคียงได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมต้องมี CPG ชัดเจนและตรวจสอบ 2 ขั้นตอนโดยพยาบาลและแพทย์ และบันทึกผลตรวจเลือดในสมุดประจำตัว ธารัสซีเมียทุกครั้ง

การศึกษาต่อยอดครั้งถัดไปศึกษาขนาดของยาที่เริ่มตอบสนองและขนาดของยาที่เริ่มมีภาวะแทรกซ้อน และหาปัจจัยที่ทำให้มีการลดลงของ serum ferritin



เอกสารอ้างอิง

1. The Thalassemia Foundation of Thailand. (2557). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย. Available at: <http://www.thalassemia.or.th>
2. สุภานัน เลหาสุริโยธิน. โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย Thalassemia. (2021).https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/32_CUPA2021-ebook.pdf
3. Hannah M, Ware and Janet L, Kwiatkowski. (2013). Optimal Use of Iron Chelators in Pediatric Patients. Clinical Advances in Hematology & Oncology, 11, 433-441.
4. Yesim A, Antonis K and Vip V. Current approach to iron chelation in children. British Journal of Haematology, 165, 745-755.
5. จุฑารัตน์ น้อยเจริญ. (2562). ความชุกของธาลัสซีเมียและความผิดปกติของฮีโมโกลบินของผู้มารับบริการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาอากาศไทย. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine, 63(1), 55-64.
6. รวีวรรณ เพียรวิทย์พันธุ์. (2561). ความปลอดภัยและประสิทธิผลของยา Deferiprone (GPO-L-ONE®) ชนิดรับประทาน ในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วารสารกรรมการแพทย์, 43(3), 108-113.
7. ผศ.นพ. เอกอมร เทพพรหม. (2562). ยาขับเหล็ก (Iron Chelators). http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/189_2019-04-10.pdf
8. กรณ์รัฐ จันทน์ผ่องแสง และสุพรรณิ เลาวหุตานนท์. (2556). ผลของการให้ยาขับธาตุเหล็กในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 3(1), 25-30.
9. อำไพวรรณ จานสัมฤทธิ์, เดือนธิดา ทรงเดช, นงนุช สิริชัยนันท์, ผกาพรรณ วงศ์วิระวัฒนกุล, ประกายวรรณ เกษเกษม และวีระศักดิ์ ศาสกุล. ความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการใช้ยาดีเฟอริพرون (GPO-L-ONE®) ชนิดน้ำชนิดเดียวในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดที่มีภาวะธาตุเหล็กเกิน. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต, 31(1), 47-56
10. Sebastian B, Mariagrazia F, Donato B, Giovanni C. Del Vecchio, Maria C. Putti, Antonis K, et al. (2018). Long-term safety of deferiprone treatment in children from the Mediterranean region with beta-thalassemia major: the DEEP-3 multi-center observational safety study: On behalf of the DEEP consortium (collaborative group). Haematologica, 103, 3-4.
11. Saumya S Jamuar and Angeline HM Lai. (2012). Safety and efficacy of iron chelation therapy with deferiprone in patients with transfusion-dependent thalassemia. Ther Adv Hematol, 3(5), 299-307.
12. Mikhael Y And Pustika A Wahidiyat. (2017). Side effect of deferiprone as iron chelator in children with thalassemia. Paediatrica indonesia, 57(6), 329-36.
13. Sebastian B, Niya L, Esther W. Chan, Chor W Sing, Ian CK Wong And Antje N. (2016). Safety profiles of iron chelators in young patients with haemoglobinopathies. European Journal of Haematology, 98, 198-217.
14. Rayan B, Joseph E And Ali T Taher. (2018). Iron overload and chelation therapy in hemoglobinopathies. Thalassemia Reports 8(7478), 23-31.
15. Raffaele N, Giada G, Federico T, Alessia N, Paolo C and Antonio G Piga. (2021). Long-Term Effects of Iron Chelating Agents on Ocular Function in Patients with Thalassemia Major. Clinical Ophthalmology, 15, 2099-2109.
16. Hamza B. & Hajira B. (2022). Thalassemia. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545151/>
17. Trompeter S, Cohen A. (2014). Blood transfusion. In Cappellini MD, Cohen A, Porter J, Taher A, Viprakasit V (eds.), Guidelines for the management of transfusion dependent thalassemia(TDT). (3rd ed., pp. 28-41). Nicosia(CY):Thalassemia International Federation.
18. วิบุร วิประภชิต. (2556). ธาลัสซีเมีย:การดูแลรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแบบบูรณาการ (ComprehensiveManagementforThalassemia). วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต, 23(4), 303-320.
19. Valeria M Pinto and Gian L Forni. (2020). Management of Iron Overload in Beta-Thalassemia Patients: Clinical Practice Update Based on Case Series. International journal of molecular sciences, 21(8771).



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลจนะ จังหวัดสงขลา

Factors related to burnout syndrome among healthcare worker of Chana community hospital, Songkhla Province

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

ชนิดา เพ็ชรศรี¹

Chanida Phetsri¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจนะ จังหวัดสงขลา รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบ cross-sectional descriptive study พื้นที่วิจัย คือ โรงพยาบาลจนะ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจนะ จังหวัดสงขลา จำนวน 206 คน ใช้วิธีคัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 1 ชนิด คือ แบบสอบถามเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติไค์สแควร์ Fisher's exact test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรและวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นในสร้างสมการทำนายความเหนื่อยล้าในการทำงาน

ผลการวิจัย พบว่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่างๆ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ลักษณะงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.6 มีความเครียดในการทำงานระดับปานกลาง ร้อยละ 68.4 มีคุณภาพชีวิตในการทำงานระดับปานกลาง ร้อยละ 77.7 และมีความเหนื่อยล้าในการทำงานระดับปานกลาง ร้อยละ 74.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยด้านอายุงาน ($p=0.012$) บทบาทในครอบครัว ($p=0.046$) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ($p=0.012$) การรับรู้ลักษณะงานโดยรวม ($p=0.002$) ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ($p<0.001$) ความขัดแย้งระหว่างคนกับงาน ($p=0.002$) ความเครียดในการทำงาน ($p<0.001$) คุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม ($p<0.001$) สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ($p=0.001$) ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน ($p<0.001$) การบูรณาการทางสังคม ($p<0.001$) ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ($p<0.001$) และลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ($p\text{-value}<0.001$) มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 เมื่อวิเคราะห์หาสมการทำนายความเหนื่อยล้าในการทำงาน พบว่า การบูรณาการทางสังคม ลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน อายุงาน และการรับรู้ลักษณะงานสามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยล้าในการทำงานได้ร้อยละ 41.6

คำสำคัญ: ความเหนื่อยล้าในการทำงาน การรับรู้ลักษณะงาน ความเครียดในการทำงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน

Abstract

This research investigated factors associated with burnout syndrome among healthcare workers at Chana Community Hospital in Songkhla Province using a cross-sectional descriptive design. The sample included 206 healthcare workers selected through simple random sampling. Data were collected using a quantitative questionnaire and analyzed using descriptive statistics and inferential techniques including Chi-square statistics, Fisher's exact test, Pearson's correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis to predict burnout syndrome at work.

The research findings indicated that After conducting a thorough analysis of various factors, the study revealed that a significant majority of the sampled individuals exhibited a moderate level of perception in relation to job characteristics 64.6%, work stress 68.4%, quality of work life 77.7%, and burnout syndrome 74.8%. Through the examination of variable relationships, a multitude of factors emerged as significant

¹ โรงพยาบาลจนะ

contributors. These factors encompassed various dimensions, including age ($p = 0.012$), family role ($p = 0.046$), number of household members ($p = 0.012$), overall job perception ($p = 0.002$), relationship with peers, work participation ($p < 0.001$), work-related conflict ($p = 0.002$), work stress ($p < 0.001$), overall quality of work life ($p < 0.001$), a healthy working environment ($p = 0.001$), job security and progress ($p < 0.001$), social integration ($p < 0.001$), work-life balance ($p < 0.001$), and the socially beneficial nature of work ($p\text{-value} < 0.001$). These variables demonstrated a statistically significant correlation with burnout syndrome, reaching significance at both the 0.01 and 0.05 levels. Regarding the attributes of work that contribute to societal well-being, specifically encompassing co-worker relationships, work tenure, and job characteristics, they collectively possess the predictive capacity to account for 41.6 percent of burnout syndrome experienced within the workplace.

Keywords: Burnout syndrome, Perceived work characteristics, Work-related stress, Quality of Working Life

บทนำ

ภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน (Burnout Syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากบุคคลประสบกับความเครียดจากงานเป็นระยะเวลานาน โดยกลุ่มอาการนี้จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่นใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) อาการอ่อนล้า (Exhaustion dimension) 2) การรังเกียจหรือมีความคิดทางลบ (cynicism dimension) และ 3) การไร้ประสิทธิภาพ (Inefficacy dimension) ซึ่งถือเป็นภัยเงียบที่คุกคามบุคคลวัยทำงานในยุคปัจจุบัน⁽¹⁾ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และกลายเป็นภัยเงียบที่คุกคามวัยทำงานในปัจจุบัน ผลกระทบที่เกิดจากภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานในด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ โรคระบบทางเดินอาหาร และไข้หวัด ด้านอารมณ์ของคนที่มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานนั้น มักจะโกรธง่าย ขี้หงุดหงิด ซึ่งส่วนใหญ่จะส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งกับเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการ สุดท้ายหากสะสมมากขึ้น ก็เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า⁽²⁾

จากการค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่าความชุกภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในเขตอาเซียนเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานถึงร้อยละ 34.6 – 61.5⁽³⁾, ร้อยละ 51 ในบุคลากรทางการแพทย์ในมาเลเซียที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี⁽⁴⁾,

หรือจากรายงาน Medscape National Physician Burnout and Suicide ในปี 2020 ที่พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานที่เพิ่มขึ้นจากปี 2015 และ 2013 โดยพบร้อยละ 43, ร้อยละ 46 และร้อยละ 39.8 ตามลำดับ⁽⁵⁾ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 52 เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์โควิด⁽⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าในช่วงสถานการณ์โควิดที่ยาวนานส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 31.4 เกิดความเหนื่อยล้าในการทำงาน⁽⁷⁾ และยังสอดคล้องกับความชุกของภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานในประเทศไทยที่พบว่า ร้อยละ 58.2 ของแพทย์ประจำบ้านในประเทศไทยในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด – 19 มีความคิดลาออกจากการเป็นแพทย์ประจำบ้าน⁽⁸⁾ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานเกิดจากภาระงานที่มากเกินไป หรือสถานการณ์การระบาดของโรคต่างๆ นอกจากนี้ยังมีอีกหลายปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น อายุงาน ความคาดหวังในตนเอง ผลตอบแทนที่ได้รับจากการทำงานที่ไม่สมดุล การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อให้เกิดอาการซึมเศร้า เครียด หรือความวิตกกังวลมากเกินไปและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ในที่สุด

โรงพยาบาลจนะ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีบุคลากรทางการแพทย์ทั้งสิ้น 337 คน แบ่งออกเป็น 15 แผนก ประกอบด้วย

องค์กรแพทย์ ฝ่ายบริหาร ทันตกรรม เภสัชกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด งานเอกซเรย์ ชันสูตร งานประกัน ฝ่ายเวชกรรมงานปฐมภูมิ คลินิกสุขภาพดี ฝ่ายการพยาบาล ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน และห้องคลอด จากรายงานในปีพ.ศ. 2561 - พ.ศ.2565 พบการลาออกของบุคลากรทาง การแพทย์ประมาณ 1 – 3 รายในทุกปี⁽⁹⁾

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นถึงปัจจัยและ ผลกระทบของภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานที่ เกิดขึ้นและถึงแม้ว่าในระยะหลังนี้จะมีการศึกษาถึง การหมดไฟ หรือความเหนื่อยหน่ายในการทำงานที่ เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามบริบทพื้นที่และ กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษานั้นยังแตกต่างกัน ดังนั้นผู้ ศึกษาวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา เพื่อนำข้อมูลการค้นคว้าที่ได้รับไปเป็นแนวทางใน การวางแผน เพื่อส่งเสริมหรือพัฒนาแนวทางในให้ คำปรึกษา หรือพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการทำงาน ลดภาวะเครียด ซึมเศร้าที่จะนำไปสู่ ภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมบุคลากรให้มีทั้งสุขภาพที่ ดีและมีความสุขในการทำงานตามเกณฑ์ของ กระทรวงสาธารณสุข โดยอาศัยหลักการ 3 ประการคือ 1) คนทำงานมีความสุข (Happy People) 2) ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy Workplace) และ 3) การทำงานเป็นทีม (Happy Teamwork) และดำเนินการให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และ เป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและ ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ เหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ cross-sectional descriptive study ศึกษาและ วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเหนื่อย ล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะ นะ จังหวัดสงขลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา จำนวน 347 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณสูตรของ Daniel⁽¹⁰⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 ราย และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่ม ตัวอย่างผู้ศึกษาวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน ทั้งสิ้น 198 ราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนการรับรู้ลักษณะงาน คะแนนความเครียด ในการทำงาน คะแนนคุณภาพชีวิตในการทำงาน และคะแนนความเหนื่อยล้าในการทำงาน ดำเนินการทดสอบสมมติฐาน โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ (Pearson's Product Moment Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบทางสถิติของ ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ลักษณะงาน ความเครียดในการทำงาน คุณภาพชีวิตในการ ทำงานกับความเหนื่อยล้าในการทำงาน โดย กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อความสัมพันธ์ในการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุงาน ระยะเวลาทำงานเฉลี่ยต่อวัน รายได้ต่อเดือน บทบาทในครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า อายุงาน ($p\text{-value} = 0.012$) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุงานเฉลี่ยประมาณ 8.5 ปี และมีอายุเฉลี่ย 36.72 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่าอายุงานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ในการทำงานที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเมื่อประสบปัญหาต่างๆ ทำให้สามารถปรับตัว รับมือ และแก้ไขสถานการณ์ได้ดีกว่า จึงเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานระดับต่ำ

บทบาทในครอบครัว ($p\text{-value} = 0.046$) และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ($p\text{-value} = 0.012$) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีภาระหน้าที่ในการดูแลพ่อ-แม่ หรือลูก หรือบางส่วนก็ยังเป็นเสาหลักของครอบครัวอีกด้วย โดยมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ยประมาณ 4 คนต่อครัวเรือน และส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาระหน้าที่หลายทางทั้งบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และบทบาทหน้าที่ในการทำงานที่ต้องพบเจอกับผู้คนและอารมณ์ที่หลากหลาย ถึงแม้ว่าบางส่วนจะสามารถแยกแยะและจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ดี แต่บทบาทหรือความเครียดในบางช่วงเวลา หรือบางสถานการณ์ที่ต้องประสบมากเกินไปก็ย่อมเกิดการสะสมและส่งผลก่อให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานได้

2. ปัจจัยการรับรู้ลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเหนื่อยล้าในการ

ทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

ผลการศึกษาพบว่ายอมรับสมมติฐาน คือ การรับรู้ลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา ($r = 0.218$, $p\text{-value} = 0.002$) แสดงว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลาที่มีการรับรู้ลักษณะงานมาก จะมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อจำแนกออกผลการศึกษาออกเป็นรายด้านยังพบว่า ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ($r = 0.429$, $p\text{-value} < 0.001$) และความขัดแย้งระหว่างคนกับงาน ($r = 0.218$, $p\text{-value} = 0.002$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา แสดงว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลาที่มีการรับรู้ถึงความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และมีความขัดแย้งระหว่างคนกับงานมาก จะมีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้บริหาร หัวหน้างานจึงควรหมั่นสังเกตผู้ใต้บังคับบัญชาถ้าหากมีอาการเข้าข่ายจึงไม่ควรปล่อยปละละเลยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกที่เข้าสู่ระยะหมดไฟเต็มที่และปล่อยให้มีการเรื้อรัง ซึ่งอาจส่งผลต่อตัวผู้ปฏิบัติงานที่มีแนวโน้มในการเกิดความเครียดและเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า และส่งผลต่อบรรยากาศในการทำงานในองค์กร และประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีมได้

3. ปัจจัยความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

ผลการศึกษาพบว่ายอมรับสมมติฐาน คือ ความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา ($r = 0.294$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลาที่มีความเครียดในการทำงานมาก จะเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการ

ทำงานมาก อาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยด้านการรับรู้ลักษณะงานที่กล่าวไว้ข้างต้นเมื่อมีการเพิ่มขึ้นร่วมกับตัวแปรอื่นๆ อาจเป็นส่วนหนึ่งในการกระตุ้นให้เกิดความเครียดในผู้ปฏิบัติงานและส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าในการทำงานตามมา

4. ปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

ผลการศึกษาพบว่ายอมรับสมมติฐาน คือ คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา ($r = -0.415$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลาที่มีคุณภาพชีวิตในการทำงานต่ำ จะเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานมาก หรือหากผู้ปฏิบัติงานคุณภาพชีวิตในการทำงานสูง จะเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานน้อย ไม่ว่าจะเป็นด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ($r = -0.223$, $p\text{-value} =$

0.001) ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน ($r = -0.278$, $p\text{-value} < 0.001$) การบูรณาการทางสังคม ($r = -0.564$, $p\text{-value} < 0.001$) ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ($r = -0.309$, $p\text{-value} < 0.001$) และลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ($r = -0.490$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งกล่าวได้ว่าหากผู้ปฏิบัติงานได้ทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีปลอดภัย ได้รับความเชื่อมั่นจากองค์กร จะเกิดความมั่นใจในตัวเองกว้างงานที่ปฏิบัติอยู่มีความมั่นคง มีโอกาสในความก้าวหน้าในการทำงาน ทั้งการเลื่อนตำแหน่ง การได้รับการประเมินผลงาน หรือการได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระหน้าที่ รวมถึงสามารถเชื่อมั่นได้ว่าตนเองจะไม่ถูกทำให้ออกจากงานเมื่อไม่มีความผิด รวมถึงการมีสังคมในทำงานที่ดี คอยช่วยเหลือหรือประคับประคองซึ่งกันและกัน มีความร่วมมือในการทำงานระหว่างสหวิชาชีพจนเกิดความรู้สึกร่วมกัน หรือเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในทีม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) 2562 [updated 23 ตุลาคม 2562. Available from: [https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2270#:~:text=%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0%20Burn%20out%20%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0,International%20Classification%20of%20Diseases%20\(ICD\).](https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2270#:~:text=%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0%20Burn%20out%20%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0,International%20Classification%20of%20Diseases%20(ICD).)
2. ธรรมนาถ เจริญบุญ. แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย: ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2554;11(4):667-76
3. See KC, Zhao MY, Nakataki E, Chittawatanarat K, Fang WF, Faruq MO, et al. Professional burnout among physicians and nurses in Asian intensive care units: a multinational survey. Intensive Care Med. 2018;44(12):2079-90.
4. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, et al. Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. JAMA Netw Open. 2020;3(8):e2017271.
5. Baker DB. The study of stress at work. Ann Rev Public Health. 1985;6:367-81.
6. Siau CS, Wee LH, Ibrahim N, Visvalingam U, Yeap LLL, Yeoh SH, et al. Predicting burnout and psychological distress risks of hospital healthcare workers. Malaysian Journal of Public Health Medicine. 2018;2018:125-36.
7. Ghahramani S, Lankarani KB, Yousefi M, Heydari K, Shahabi S, Azmand S. A Systematic Review and Meta-Analysis of Burnout Among Healthcare Workers During COVID-19. Frontiers in Psychiatry. 2021;12.



- 8.รุจิรา ตวงเพิ่มทรัพย์, วินิทร นวลละออง, ธรรมนาถ เจริญบุญ. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564;66(2):189-202.
- 9.โรงพยาบาลจะนะ. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ ข้อมูลล่าสุดปีพ.ศ.2565. 2565.
- 10.Daniel WW, Cross CL. Biostatistics A Foundation for Analysis in the Health Sciences. United States of America: John Wiley & Sons, Inc.; 2010. Available from:

การพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่าย

หลังถ่ายโอน สอน./รพสต. ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดมุกดาหาร

Development of a model for prevention and control of dengue fever among network partners after the transfer of teaching Subdistrict Health Promotion hospital to the Provincial Administrative Organization Mukdahan Province.

(Received: September 4,2023 ; Revised: September 14,2023 ; Accepted: September 29,2023)

พันธ์วี สุขบัติ¹, ประยุทธ์ ศรีสำราญ²

Panchawee Sukapat¹, Prayut Srisamran²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 71 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม และแบบสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ T-test

ผลการวิจัยพบว่า ภาคีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดมุกดาหารส่วนใหญ่ เป็นเพศชายร้อยละ 60.56 รองลงมา เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 39.44 การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 83.10 มีระยะเวลาการทำงานช่วง 11 – 20 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.25 หน่วยปฏิบัติงานมากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดเป็นร้อยละ 42.25 ผลการศึกษาการปฏิบัติงานในการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่าย จังหวัดมุกดาหารก่อนและหลังการพัฒนาแบบพบว่า หลังการดำเนินงานทุกหน่วยงานมีระดับการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ผลการทดสอบคะแนนค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่าย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับประสิทธิผลอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมา ระดับดี จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.00

คำสำคัญ :การพัฒนาแบบ, การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก, ภาคีเครือข่าย

Abstract

This research is an action research. The subjects in the study used a purposive sampling of 71 people. The tools used to collect this data were questionnaires and group discussions. Statistics used to analyze the data were frequency, percentage, mean, standard deviation, and T-test.

The results showed that most dengue prevention and control network partners in Mukdahan province were male at 60.56% and females at 39.44%. Most respondents had a bachelor's degree (83.10%), the most experienced work between 11-20 years (42.25%), and the most operational unit was Subdistrict Health Promoting Hospital (42.25%). The study's results on implementing the dengue prevention and control model of Mukdahan network partners before and after the development of the model showed that after the operation, all departments had improved operational levels. In addition, the results of the test results of the average performance according to the dengue prevention and control model of network partners showed a statistically significant difference in the average score of .05. Moreover, the assessment of the effectiveness of dengue prevention and control operations showed that the effectiveness level was excellent from 25 sites (83.33 per cent), followed by good level from 3 locations (10.00 percent).

Keywords: Development Model, Prevention and Control Dengue Fever, Network Partner

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

² สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหว้านใหญ่ Corresponding author: psrisamran21@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันโรคไข้เลือดออกถือว่าเป็นโรคประจำถิ่นที่สำคัญ ที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับแนวโน้มการระบาดในปี พ.ศ.2566 มีแนวโน้มที่จะมีการระบาดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องดำเนินงานตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนด เพื่อให้สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในวงจำกัด ซึ่งประกอบด้วย 6 มาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การเฝ้าระวังและการประเมินความเสี่ยง การป้องกันโรค การควบคุมโรค การรักษา การสื่อสารความเสี่ยง และการกำหนดมาตรการทางสังคม ซึ่งการดำเนินงานทั้ง 6 มาตรการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการร่วมกัน ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร โรงพยาบาลมุกดาหาร โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจะมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละหน่วยงานตาม 6 มาตรการหลัก

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 เป็นรัฐธรรมนูญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางการเมือง การปกครองแก่ประเทศไทยหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ มาตรา 78 มาตรา 282 ถึงมาตรา 290 ได้กำหนดให้ รัฐต้องให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่นโดยมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเอง โดยเฉพาะการกำหนดอำนาจและหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง⁽²⁾

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล

มาตรา 16 (19) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการกิจสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นอำนาจและหน้าที่ ที่มีความทับซ้อนกับสถานีนามัยประจำตำบล ทั้งนี้เนื่องจากจากสถานีนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ การคุ้มครองและป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยพิการ⁽³⁾

พระราชบัญญัติดังกล่าว มาตรา 30 (1) กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลภายใน 4 ปี สำหรับองค์กรบริหารส่วนตำบล ที่ยังไม่พร้อมรับถ่ายโอนภารกิจภายใน 4 ปี ให้ดำเนินการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จภายใน 10 ปี แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) (3) ด้านการถ่ายโอนภารกิจกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้งอยู่เขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด ต้องถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ซึ่งหมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด และกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ในระยะแรกให้ถ่ายโอนตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และระยะสุดท้ายของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอนก็ให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการ

ในปี พ.ศ.2565 จังหวัดมุกดาหาร ได้มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 78 แห่ง

ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขเปลี่ยนไปจากเดิม ทั้งด้านการวางแผน การประสานงาน การบริหารงบประมาณ การจัดโครงสร้างองค์กร การติดตามประเมินผล ซึ่งกระบวนการบริหารงานที่เปลี่ยนแปลงส่งผลให้การดำเนินงานต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการงานและแนวทางโดยเฉพาะการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการดำเนินงานตอบโต้อย่างรวดเร็ว เพื่อยับยั้งขนาดและความรุนแรงของโรค โดยผู้วิจัยได้ตระหนักและสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายหลังถ่ายโอน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดมุกดาหาร โดยได้นำหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบ และทฤษฎีทางการบริหาร (POSDCoRB) มาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่าย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายหลังถ่ายโอน สอน./รพสต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดมุกดาหาร
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังการถ่ายโอน สอน./ รพสต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นเชิงปฏิบัติการ (Action research) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 7 เดือน (มกราคม - กรกฎาคม 2566) ดำเนินการโดยวิจัยร่วมกับ และภาคีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลมุกดาหาร แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเตรียมการวิจัย (Pre Research Phase) และระยะดำเนินการวิจัยและประเมินผล (Research Phase) มีขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย (Pre Research Phase) มีกิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลอำนาจหน้าที่ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของแต่ละหน่วยงาน

1.2 ศึกษาข้อจำกัดในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของภาคีเครือข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

1.3 ศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.4 สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมวิจัย

1.5 จัดเตรียมเอกสาร วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินการวิจัย

2. ระยะ ดำเนินการวิจัย (Research Phase) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning)

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีทางการบริหาร “POSDCoRB” มาเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) มี 5 ขั้นตอน เป็นการบริหารกลุ่มในการเดินทางไปสู่การถกเถียงแลกเปลี่ยน และการสร้างความเข้าใจของกลุ่ม จนสามารถตัดสินใจเป็นความเห็นพ้องร่วมกันสำหรับปฏิบัติการกลุ่มที่เหมาะสม

2.2 ขั้นการลงมือปฏิบัติ (Action) การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค โดยดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามแผนงานและแนวทางการพัฒนาที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่าง เดือนมกราคม – พฤษภาคม 2566 โดยมีกิจกรรมดังนี้

2.2.1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ภาคีร่วมตัดสินใจในการนำแผนปฏิบัติการไปใช้ร่วมกัน ซึ่ง



ทีมวิจัยได้นำแผนดังกล่าว มาเปิดโอกาสให้กับภาคีเครือข่าย ทบทวนไตร่ตรองในเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติงานตามแผนที่ได้ร่วมกันคิดขึ้นมาที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2.2.2. จัดอบรมฟื้นฟูให้แก่ภาคีเครือข่ายในประเด็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ ติดตามสถานการณ์ และชี้เป้าพื้นที่เสี่ยง พื้นที่ระบาดในระดับอำเภอ ตำบล แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกตามมาตรการการควบคุมโรค 3-3-1-7-14-21-28

2.3 ขั้นการสังเกต (Observe) เป็นการเยี่ยมชมติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยภาคสนาม ด้วยการใช้อย่างสอบถาม การสัมภาษณ์และการสังเกตการณ์ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การประเมินผลระหว่างดำเนินงานโครงการและการประเมินผลสรุปเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ดังนี้

2.3.1. การเยี่ยมชมติดตามประเมินผลในระหว่างดำเนินงานโดยผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยภาคสนามติดตามประเมินผลเดือนละ 1 ครั้งนี้เพื่อทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงานพัฒนา รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นซึ่งอาจต้องพิจารณาปรับแผนการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคใช้เลือดออก โดยการประเมินผลมีทั้ง 2 ด้านดังนี้

1) ด้านแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก 7 ประเด็นได้แก่ ด้านการวางแผน การจัดองค์การ การจัดบุคลากรปฏิบัติงาน การอำนวยความสะดวก การประสานงาน การรายงาน การงบประมาณ

2) ด้านผลการดำเนินงานควบคุมโรคใช้เลือดออก

2.3.2 การประเมินผลสรุปเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์หลังดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของภาคีเครือข่าย สรุปเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยทั้ง 2 ด้านดังนี้

1) ด้านแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก 7 ประเด็นได้แก่ ด้านการวางแผน การจัดองค์การ การจัดบุคลากรปฏิบัติงาน การอำนวยความสะดวก การประสานงาน การรายงาน การงบประมาณ

2) ด้านผลการดำเนินงานควบคุมโรคใช้เลือดออก
2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมสรุปและถอดบทเรียนทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ร่วมกันถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โดยสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดการระบาดของโรคใช้เลือดออก มีจำนวน 71 คน ประกอบด้วย

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร 5 ราย
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร 5 ราย
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 7 ราย
4. โรงพยาบาล จำนวน 7 ราย
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 30 ราย
6. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 17 ราย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ตอนที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม บริบทการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของปฏิบัติงานควบคุมโรคใช้เลือดออก เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่

ตอนที่ 3 แบบสอบถามประเมินผลการดำเนินงานรูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก

เป็นคำถามเกี่ยวกับการบริหารการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ลักษณะคำถามจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ดี 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน น้อย 1 คะแนน ซึ่ง

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66

ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.35

ระดับสูง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก

เป็นคำถามเกี่ยวกับประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก การแปลผลระดับคุณภาพจากคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ตามแนวทางของ บุญชม ศรีสะอาด (2535:100) ดังนี้

ระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.00

ระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50

ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50

ระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล

1.1 ทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเก็บข้อมูล

1.2 สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับภาคีเครือข่าย

2. ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล

2.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแหล่งข้อมูลที่สำคัญ คือ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาคีเครือข่าย วิธีการเก็บข้อมูลคุณภาพมีดังนี้

1) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มภาคีเครือข่าย

2) การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกต แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ควบคู่กันไป ขณะทำการสัมภาษณ์หรือกิจกรรมต่างๆกับบุคคล

2.2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการเก็บในภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบเก็บข้อมูลตอนที่ 2

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออก เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่ ตอนที่ 3 แบบสอบถามประเมินผลการดำเนินงานรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก

คุณภาพเครื่องมือ

1. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นการหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ Kuder-Richardson โดยการใชสูตร KR -20 โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปจึงจะยอมรับว่าเครื่องมือนี้มีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้ ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

2. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ข้อคำถามประเมินผลการดำเนินงานรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอน บาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปจึงจะยอมรับว่าเครื่องมือนี้มีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้ ในการวิจัยในครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เอกสารรับรองเลขที่ 26.0033.2566 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา จัดกลุ่มเนื้อหา แล้วนำมาเรียบเรียง

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ T-test



ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม บริบทการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของแต่ละหน่วยงานภาคีเครือข่าย สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 1 แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก	ผู้รับผิดชอบร่วม
แผนการดำเนินงานก่อนการระบาด			
1.เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคไข้เลือดออก มีแผนปฏิบัติงานก่อนการระบาด	1.การจัดทำแผนประเมินความเสี่ยงจำแนกตามพื้นที่ 2.การจัดทำแผนรณรงค์ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	สสจ.มุกดาหาร	สสอ./อบจ./อปท./รพ.สต.

ตารางที่ 1 แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก	ผู้รับผิดชอบร่วม
แผนการดำเนินงานก่อนการระบาด			
1.เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคไข้เลือดออกมีแผนปฏิบัติงานก่อนการระบาด	3.จัดทำแผนออกประเมินค่าความชุกของน้ำยุงลาย	สสจ.มุกดาหาร	สสอ./อบจ./อปท./รพ.สต.
	4.จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในการควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	5.จัดทำแผนเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ด้านควบคุมโรคไข้เลือดออก	อบจ./อปท.	สสจ.มุกดาหาร/รพ.สต.
	6.จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเวชภัณฑ์ในการตรวจรักษาเช่นชุดตรวจ Rapid test 7.กำหนดแผนการสอบสวนโรคในโรงพยาบาล 8.กำหนดแนวทางการดูแลและมาตรฐานการส่งต่อรักษา	-โรงพยาบาลทั่วไป -โรงพยาบาลชุมชน	อบจ.มุกดาหาร
แผนการดำเนินงานขณะเกิดการระบาด			
1.เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคไข้เลือดออกมีแผนปฏิบัติงานขณะเกิดการระบาด	1. การติดตามแนวโน้มการเกิดโรคในพื้นที่ระบาดทุกวัน และประสานส่งต่อข้อมูลข่าวสารให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรับทราบ	สสจ.มุกดาหาร/สสอ.	อบจ./อปท./รพ.สต./รพท./รพช.
	2.การเปิด EOC เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมกำหนดมาตรการและข้อสั่งการ	สสจ.มุกดาหาร/สสอ.	อบจ./อปท./รพ.สต./รพท./รพช.
	3. ติดตามประเมินผลการควบคุมโรค โดยบูรณาการบุคลากรจาก ทีม SRRT ระดับอำเภอ/ตำบล ในการลงประเมิน	สสจ.มุกดาหาร/สสอ.	อบจ./อปท./รพ.สต./รพท./รพช.
	4. ประเมินหมู่บ้านเกิด G2 ประสานการควบคุมโรคร่วมกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯโดยแมลง	สสจ.มุกดาหาร	ศตม.ที่ 10 อุบลราชธานี
	5.สนับสนุนบุคลากร วัสดุจำเป็น และอุปกรณ์ในการควบคุมโรคในพื้นที่ที่เกิดการระบาดของโรค	อบจ./รพ.สต./อปท.	สสจ./สสอ.
	6.ให้การรักษามาตรฐานการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยตามเกณฑ์ 7.แจ้งให้ทีม SRRT ให้สอบสวนโรคเมื่อพบผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย หรือผู้ป่วยยืนยัน 8.ดำเนินการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระยะแพร่เชื้อ	รพท./รพช.	สสจ./อบจ./รพ.สต./สสอ.

ตารางที่ 1 แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก	ผู้รับผิดชอบร่วม
แผนการดำเนินงานขณะเกิดการระบาด (ต่อ)			
1.เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคไข้เลือดออกมีแผนปฏิบัติงานขณะเกิดการเกิดโรค	9.ออกปฏิบัติการควบคุมโรค ตามมาตรการ 3-3-1-7-14-21-28	อปท./รพสต.	สสจ./อบจ./สสอ./ศตม.
แผนการดำเนินงานภายหลังการระบาด			
1.เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคไข้เลือดออกมีแผนปฏิบัติงานหลังการเกิดโรค	1.ประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก ถอดบทเรียน และคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	สสจ./สสอ.	อบจ./รพสต./อปท.
	2.ประเมินการใช้ทรัพยากรในการควบคุมโรค ถึงประสิทธิภาพและความพอเพียงเพื่อพัฒนาการทำงาน	อบจ./อปท.	สสจ./สสอ./รพสต./
	3. ทบทวนการรักษากรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ถอดบทเรียนแนวทางการรักษา การส่งต่อ การสอบสวนโรค	รพท./รพช.	สสจ./สสอ./รพสต.
การจัดองค์กรในการควบคุมโรคไข้เลือดออก			
1.เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคไข้เลือดออกมีการจัดองค์กรเพื่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก	1.ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์การระบาด จัดระบบข้อมูลรายงานการควบคุมโรคผ่าน ระบบ Google sheet มีหน้าที่สนับสนุนวิชาการ ชี้นำการควบคุมโรค	สสจ./สสอ.	อบจ./รพสต./รพช./รพท
	2.ควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีการดำเนินงานควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1-7-14-21-28	อบจ.	สสจ./อปท./สสอ./รพสต./
	3.ดำเนินการเปิด EOC เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมกำหนดมาตรการและข้อสั่งการ	สสจ.มุกดาหาร/สสอ./รพสต.	อบจ./อปท./รพท/รพช.
การรายงาน (Reporting)			
1.เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคไข้เลือดออกมีระบบรายงานผลการดำเนินงาน	1.รายงานผลการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1-7-14-21-28 และรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ Google sheet	รพสต.	สสจ./สสอ./อบจ./รพช.
งบประมาณ (Budgeting)			
1.เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดงบประมาณเพื่อควบคุมโรค	1.แต่ละหน่วยงานของภาคีเครือข่ายมีการจัดทำโครงการเพื่อรองรับการป้องกันควบคุมโรคโรคไข้เลือดออก	สสจ./อบจ./รพท/รพช./รพสต./อปท	

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของภาคีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ภาคีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดมุกดาหารส่วนใหญ่ เป็นเพศชายร้อยละ 60. รองลงมา เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 39.44 กลุ่มอายุที่มีมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.25 และมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 77.46 ด้านการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ

ปริญญาตรีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 83.10 มีระยะเวลาการทำงานช่วง 11 – 20 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.25 หน่วยปฏิบัติงานมากที่สุดคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดเป็นร้อยละ 42.25

ผลการศึกษาการบริหารการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าหน่วยงานภาคีเครือข่ายมีระดับการบริหารอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.67$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริหารการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จำแนกตามกระบวนการบริหารโดยรวมรายด้าน

กระบวนการบริหาร	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
การวางแผน	2.76	0.32	ดี
การจัดองค์กร	2.84	0.45	ดี
การจัดคนเข้าทำงาน	2.60	0.21	ดี
การอำนวยความสะดวก	2.58	0.18	ดี
การประสานงาน	2.77	0.34	ดี
การรายงาน	2.63	0.56	ดี
งบประมาณ	2.62	0.27	ดี
รวม	2.67	0.33	ดี

ผลการศึกษาการปฏิบัติงานในการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่าย จังหวัดมุกดาหาร ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า หลังการดำเนินงานทุกหน่วยงานมีระดับการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ดังนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับดี สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอ เปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับดีทุกแห่ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับดีทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับดี 21 แห่งคิดเป็นร้อยละ 70.00 และยังคงระดับปานกลาง 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30.00 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละระดับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่าย จังหวัดมุกดาหาร

หน่วยงาน	ระดับการปฏิบัติ			ระดับการปฏิบัติ หลังการดำเนินงาน		
	ดี ≥ 2.4	ปานกลาง 1.80 - 2.40	ต้องปรับปรุง <1.80	ดี ≥ 2.4	ปานกลาง 1.80 - 2.40	ต้องปรับปรุง <1.80
สสจ.	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
อบจ.	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

สสอ.	0 (0.00)	7 (100.00)	0 (0.00)	7 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละระดับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่าย จังหวัดมุกดาหาร (ต่อ)

หน่วยงาน	ระดับการปฏิบัติ			ระดับการปฏิบัติ หลังการดำเนินงาน		
	ดี ≥2.4	ปานกลาง 1.80 -2.40	ต้องปรับปรุง <1.80	ดี ≥2.4	ปานกลาง 1.80 -2.40	ต้องปรับปรุง <1.80
รพท.	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
รพช.	7 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
อปท.	1 (5.88)	16 (94.12)	0 (0.00)	17 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
รพสต.	0 (0.00)	30 (100.00)	0 (0.00)	21 (70.00)	9 (30.00)	0 (0.00)

ผลการทดสอบคะแนนค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่าย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายมีการปฏิบัติเป็นไปทิศทางที่ดีขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานในการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่าย จังหวัดมุกดาหารก่อน-หลัง

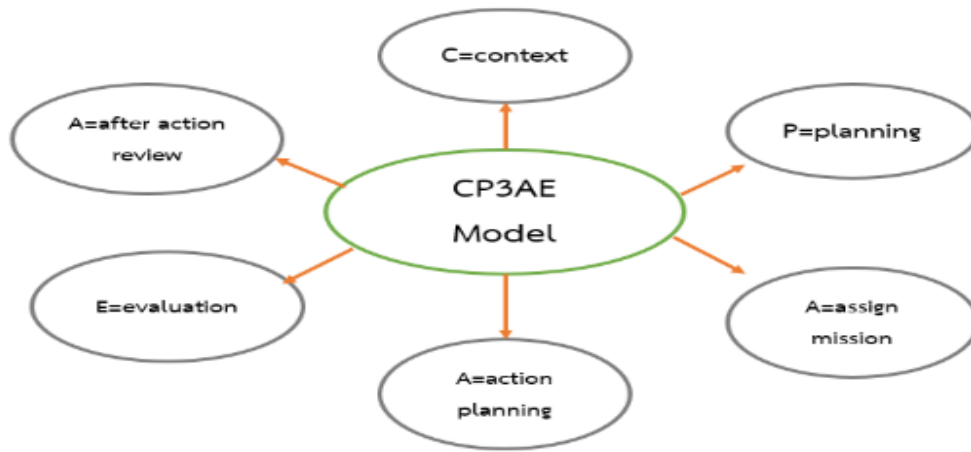
หน่วยงาน	คะแนนการปฏิบัติงานก่อน การดำเนินการ		คะแนนการปฏิบัติงาน หลังการดำเนินการ		t	P -value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1.84	0.14	2.4	0.29	18.33	.00

จากผลการประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกภายหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับประสิทธิผลอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาในระดับดี จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.00 รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบล ขอภาคี เครือข่ายจังหวัดมุกดาหาร จำแนกตามระดับประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก

ระดับประสิทธิผล	ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1 ดีมาก	> ร้อยละ 80	25	83.33
ระดับที่ 2 ดี	60 - 79	3	10.00
ระดับที่ 3 พอใช้	40 - 59	1	3.33
ระดับที่ 4 ต้องปรับปรุง	0 - 39	1	3.33

สรุป การวิจัยครั้งนี้ ได้สร้างและพัฒนารูปแบบรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายหลังถ่ายโอน สอน./รพสต. ให้้องค์การบริหารส่วนจังหวัด จังหวัดมุกดาหาร สรุปได้เป็นรูปแบบ CP3AE ดังนี้



วิจารณ์

ผลการศึกษาการบริหารการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าหน่วยงานภาคีเครือข่ายมีระดับการบริหารอยู่ในระดับดี $\bar{x}=2.67$ และผลการทดสอบ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายจังหวัดมุกดาหาร ก่อน-หลังคะแนนการดำเนินงาน พบว่าค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากภาคีเครือข่ายมีความเข้าใจในขั้นตอนการดำเนินงานตามแนวทางการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งก่อนการเกิดโรค ขณะเกิดโรค และภายหลังการเกิดโรค พร้อมทั้งมีแนวทางการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ความ

พร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ การจัดโครงการองค์กรสำหรับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ ขอบพระคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความ อนุเคราะห์ข้อมูลและการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้การวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.Khajonwetpaisarn S. Readiness for the transfer of public health power In the attitude of the Subdistrict Administrative Organization officials In Wang Chan District, Rayong Province. Master of arts thesis Rambhai Barni Rajabhat University,2551

2. Office of the Decentralization Commission 2002. Handbook of Decentralization of Power to Local Administrative Organizations Bangkok: Teachers Council of Thailand. “(in Thai)”
3. Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister, Office of the Decentralization Committee for Local Administrative Organizations. Guidelines Carrying out the mission transfer of Chaloem Phrakiat Health Station 60th Anniversary of Nawaminthrachini and Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization. “(in Thai)”
4. Butmongkol T. Building knowledge and practice on the elimination of Aedes mosquito larvae with community participation. A case study of Ban Phon Sawan, KutsimMai Subdistrict, Khao Wong District, Kalasin Province. Master of Arts degree Department of Strategic Development SakonNakhon Rajabhat University. 2550
5. Poolswad N. evaluation of dengue prevention and control performance of health centers in the area of Public Health Region 1. Master of Public Administration Degree. Major: Public Policy. Mahasarakham University. 2547