

วารสาร สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ



Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2567
VOL.9 NO.2 April - June 2024

ISSN : 3027-866X (Online)
ISSN : 3027-8678 (Print)



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ศิลา จิรวิธานต์กุล	1
ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ทัศนีย์ เวทยาวงศ์กุล ,ศิริธัญญา ตัญญูญกิจ ,ธเนศ สังข์ศรี	10
การพัฒนาศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ศิวัช ปิยะรัตนวัฒน์	21
การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรคในจังหวัดชัยนาท มนตรี หนองคาย	28
ผลของโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง กรรณิมา ฝาระมี	36
ผลการกระตุ้นการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอดด้วยคลื่นเหนือเสียง (ultrasound diathermy) รัชฎี จิตโหม่ง ,ภคพร ตูจินดา ,นวลวรรณ ปู่วัง	45
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต พรรณวดี ฉายบุญครอง	56
ผลของการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันต่อผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล ดิถกumarเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร รัตนภรณ์ บวรวิฑูรย์	64
ประสิทธิภาพการตรวจติดตามความเค็มในอาหารด้วยเครื่องวัดเค็มในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ในตำบลร่อนพิบูลย์ ทัศนดา คชเชน ,ศิริธัญญา ตัญญูญกิจ ,ธเนศ สังข์ศรี	74
การประเมินการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากเครื่องเอกซเรย์ดิจิทัล ด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ในทารกแรกเกิด ในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลสมุทรปราการ อรทัย โยธินการ	83
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จักรกรินทร์ รัชวิจักขณ์	94
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดไต โดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy) :กรณีศึกษา นันพร พิชพิสุทธิ์	103
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย วารุณี เข็มลา	116
การพยาบาลผู้ป่วยแผลผ่าตัดติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษา ศรีสอางค์ ชุ่มละมัย	130
ผลของกระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ ตำบลหนองช้าง อำเภอสว่าง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประครอง วิเชียรสาร	137
ปัจจัยที่มีผลต่อการทกล้มในผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านนาสระ ตำบลท้ายสำเภา อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช สายพิน โตะหิม ,ธเนศ สังข์ศรี	149
การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย จิราพร ภูผาลัย	158
กรณีศึกษา: การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยแผลกระดูกตาเสี่ยงตาบอดสูง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 3 ราย . เพลินพิศ บุญสุนทรกุล	167
กระบวนการดูแลผู้ใส่สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พนม ชันธบุรณ์	174



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลการทับหม้อเกลือต่อการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอด	184
สุพรรณษา มีวิชา	
ผลของการประคบสมุนไพรร้อนชื้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3	192
จุฑารัตน์ แวดล้อม	
ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง	200
อดิสร อุดรทักษ์ , นภาพร อารมณัสวະ	
ความชุกของภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร	209
ศุภคริณย์ ศุภพัฒน์พงศ์ , ธเนศ สังข์ศรี	
การพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล	220
หทัยชนก เกตุจนา , ญัฐฉิรธรรม พันธมุง , เบญจมาศ นาคราช , ขวัญชนก อีสระ , สุภาพร ศุภษร	
สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม	231
เจริญชัย วัฒนห่อ , วิภาวรรณ สีหาคม	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีโรคเบาหวานร่วม ที่มารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอก	238
ฐิตารีย์ รุกขชาติ	
การพัฒนาและการใช้แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อการพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกตามการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป	247
ทัศนีย์ สุนทร	
ประสิทธิผลของนวัตกรรม Save IV Line	259
ณิรชัช วงศ์เจริญ , พิมพ์ใจ ลังการพันธ์ุ , พชรินทร์ ไชยบาล , ทพพิชญ์ ศรีสัตยวงค์ , พรทิพย์ ปาอิน , วิชาญย์ ไจมาลัย , อิชยา มอญแสง	
ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการ และนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566	267
เฉลิม เกตุพงษ์พันธ์ุ	
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2564-2566	277
สง่า ไชยนา	
ผลของโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องห่อผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	287
ณัฐชยา แสงสี	
การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง ในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย	297
นงศันช โสมหงษ์ , เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ , ศิริวรรณ สิงห์ศิริ	
พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศิครภูมิ ธรรมรัตน์ วาวงศ์มูล	306
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี	313
นภัสรดา จันทร์ขอนแก่น , เกษร สำเภาทอง	
ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร	323
ชนัญฐา เรืองสุทธิภาพ	
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	331
ปิมประภา แผงศรี	
ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยารักษาฟาริโนนออกช่วงการรักษา โรงพยาบาลศิครภูมิ	339
วลีรัตน์ วรทธิธรรม	
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ของสถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี	346
กมลภัทร์ สวัสดิ์โกศล	
รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลเขาโร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช	358
โชติมา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต , ขอพิยะห์ นิเมะ	



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวมของผู้ดูแลเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	370
มลฤดี บรรเทา	
ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี	380
สาธิตี มูลเขียน , เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล , อภิรติ นันทศุภวัฒน์	
สภาพการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุค 6 เดือน ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก	391
นพพร มามาก , สุภาวดี นาคสุขุม , วันเพ็ญ ถีถ้วน , อรรพรรณ ดวงใจ , วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา	
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกของศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2566	399
มนสิชา เปลี่ยนเฟิง , สลิลทิพย์ โกพลรัตน์	
สถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทารกในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2565	406
นุชจรินทร์ พูลสวัสดิ์ , สุวิณา พลศักดิ์	
การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลายปราศจากยาสลบใน รพ. กาฬสินธุ์	414
เฉลิมพล พรตระกูลพิพัฒน์ อุทัยวรรณ จิระชีวันนัท	
การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลชุมพลบุรี	419
พิชญา อุดมศิลป์ , อุไรวรรณ อภินันท์ , ตุลากการ นาคพันธ์	
การประเมินผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์	430
พิชญา อุดมศิลป์ , อุไรวรรณ อภินันท์ , ตุลากการ นาคพันธ์	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี	439
สุวิมล เสาวรส , นุชจรินทร์ พูลสวัสดิ์ , พรพรรณ เจริญวัฒนวิญญู , รัตติยา วัฒนาศุภรัตน์	
รูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์	446
ปัทมณีน สารชัย , ดวงฤทัย ขาติแพงตา	
ผลของแรงจูงใจ การให้คุณค่า และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาในคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ	458
สุขมาภรณ์ บุญญาสุ	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน	470
วัชรพร ดวงแก้ว , อรทัย ธรรมป้อม , ธนิตา จิตนารินทร์ , อัญชลี ศรีสุตา , มาลีวรรณ เกษตรทัต	
การประเมินผลลัพธ์การบริการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; รูปแบบร้านยาแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี	480
ภาคภูมิ อินตายุว , สุมินทร เป้าธรรม	
การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาโรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง	491
ธีรวัธ พาทล	
การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง	502
สมยศ แสงหิ้วย้อย , รัชนิยา จิตระจาง	
การดำเนินงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี	514
รัฐกานต์ พิพัฒน์วโรดม , ทิพย์วรรณ จุมแพง	
ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว	525
สุภัค จันทร์สองดวง	
การพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์	533
จิรศักดิ์ คามังหาร	



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในพระภิกษุสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา เปรมนิพัช แก้วร่วมเพชร	544
การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ พีรสันต์ ปั่นก้อน	551
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย นิดา ประสานเกษม	562
การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย ชุตินา ลิ้มประยูร	571
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในสถาบันบำราศนราดูร ชญานัญญ์ อัมพันทอง	580
การเปรียบเทียบกรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ สมพร นรขุน	591
ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสว ทรรศนีย์ บัวทอง	600
ผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดซาเทียร์ จังหวัดสกลนคร จิราพร มณีปกรณ์, ชญาดา กลิ่นพิบูลย์, อัครเดช กลิ่นพิบูลย์	609
การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกไขปลอกกระดูกกับการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ: กรณีศึกษา จินตนา อุบลทิพย์	615
ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, นุชจรินทร์ แก่นบุปผา, พนาไพร โฉมงาม, นัจจรินทร์ ผิวม่วง, ดวงกมล หน่อแก้ว	623
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จุฑามาศ แก้วจันดี, เบญญาภา หลงชิน, รจรินทร์ สิทธิโสม	636
ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ นักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนในเขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ทัศนียา พึ่งเฟื่อง, สงกรานต์ กลั่นดวง	644

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 34 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รับรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน เสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรค การเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง การกระตุ้นการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอดด้วยคลื่นเหนือเสียง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) การตรวจติดตามความเค็มในอาหารด้วยเครื่องวัดเค็ม การถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากเครื่องเอกซเรย์ดิจิทัล การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต ผู้ป่วยแผลผ่าตัดติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก กรณีศึกษา: การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยแผลกระจกตาเสี่ยงตาบอดสูง กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม ประสิทธิภาพการทับหม้อเกลือต่อการลดลงของขนาดหน้าท้อง การประคบสมุนไพรร้อนขึ้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง การพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูง สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีโรคเบาหวานร่วม แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก นวัตกรรม Save IV Line ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงาน การบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยารักษาโรคนอกช่วงการรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็ก กิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแรกเกิดของทารก ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

วารสาร สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ



Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2567
VOL.9 NO.2 April - June 2024

Part I

ISSN : 3027-866X (Online)
ISSN : 3027-8678 (Print)



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์	1
ศิลา จีรวีรานต์กุล	
ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	10
ทัศนีย์ เวทยาวงศ์กุล ,ศิริธัญญา ตัญญูญกิจ ,ธเนศ สังข์ศรี	
การพัฒนาศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกู	
อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม	21
ศิวัช ปิยะรัตนวัฒน์	
การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรคในจังหวัดชัยนาท	28
มนตรี หนองคาย	
ผลของโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง	36
กรรณิมา ฝาระมี	
ผลการกระตุ้นการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอดด้วยคลื่นเหนือเสียง (ultrasound diathermy)	45
รัชฎี จิตโม้ม่า ,ภคพร ตูจินดา ,นวลวรรณ ปู่วัง	
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต	56
พรรณวดี ฉายบุญครอง	
ผลของการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล	
ผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันต่อผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล ตึกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร	64
รัตนภรณ์ บวรนิขพงษ์	
ประสิทธิภาพการตรวจติดตามความเค็มในอาหารด้วยเครื่องวัดเค็มในผู้ป่วยสูงอายุ	
ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ในตำบลร่อนพิบูลย์	74
ทัศนาศุข เชน ,ศิริธัญญา ตัญญูญกิจ ,ธเนศ สังข์ศรี	
การประเมินการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากเครื่องเอกซเรย์ดิจิทัล ด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ในทารกแรกเกิด	
ในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลสมุทรปราการ	83
อรทัย โยธิการ์	
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	94
จักรกรินทร์ รัชวิจักขณ์	
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดไต	
โดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy) :กรณีศึกษา	103
นันทพร พิชพิสุทธิ์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย	116
วารุณี เข็มลา	
การพยาบาลผู้ป่วยแผลผ่าตัดติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษา	130
ศรีสอางค์ ชุ่มละมัย	
ผลของกระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่	
ตำบลหนองช้าง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	137
ประครอง วิเชียรสาร	
ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	
บ้านนาสระ ตำบลท้ายสำเภา อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช	149
สายพิน ใต้หิม ,ธเนศ สังข์ศรี	
การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	
: กรณีศึกษา 2 ราย	158
จิราพร ภูผาลัย	
กรณีศึกษา: การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยแผลกระดูกตาเสี่ยงตาบอดสูง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 3 ราย .	167
เพลินพิศ บุญสุนทรกุล	
กระบวนการดูแลผู้ใส่สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง	
อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์	174
พนม ชันธบุรณ์	



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลการทักหม้อเกลือต่อการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอด	184
สุพรรณษา มีวิชา	
ผลของการประคบสมุนไพรร้อนชื้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3	192
จุฑารัตน์ แวดล้อม	
ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง	200
อดิสร อุดรทักษ์ , นภาพร อารมณัสวะ	

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 34 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน เสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรค การเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง การกระตุ้นการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอดด้วยคลื่นเหนือเสียง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) การตรวจติดตามความเค็มในอาหารด้วยเครื่องวัดเค็ม การถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากเครื่องเอกซเรย์ดิจิทัล การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต ผู้ป่วยแผลผ่าตัดติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก กรณีศึกษา: การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยแผลกระจกตาเสี่ยงตาบอดสูง กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม ประสิทธิภาพการทับหม้อเกลือต่อการลดลงของขนาดหน้าท้อง การประคบสมุนไพรร้อนชื้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง การพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูง สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีโรคเบาหวานร่วม แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก นวัตกรรม Save IV Line ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงาน การบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลกระทบต่อระดับยารักษาการรักษารักษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณา การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็ก กิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทารก ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ Surveillance model development Screening for mental health in the community Buriram Province.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 7,2024 ; Accepted: June 8,2024)

ศิลา จิรวิกรานต์กุล¹

Sila Jirawikrantakul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1) การประเมินสภาพปัญหาปัจจุบัน ระยะที่ 2) ยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ระยะที่ 3) ปรับปรุงพัฒนา ระยะที่ 4) นำรูปแบบไปทดลองใช้ และระยะที่ 5) การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating) โดยใช้ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่มีโรคประจำตัว มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 57.78 มีรายได้ 5000 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 35.56 มีลักษณะโครงสร้างของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 76.67 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 15.12 ปี ภาพรวมของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง แต่ขาดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีรายได้สร้างอาชีพ ภาพรวมภาระเชิงประนัยและอัตราน้อยอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า ระบบบริการในชุมชน แขนงนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นำมาสู่การยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิต โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ “BRM Model” หรือ “บุรีรัมย์ โมเดล” นำรูปแบบไปทดลองใช้ในปี 2565 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating) พบว่าในปี 2563 ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการเฉลี่ย 3.11 ครั้ง/ คน/ ปี ซึ่งน้อยกว่าช่วงหลังการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเข้ารับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเป็น 4.77 ครั้ง/ คน/ ปี ที่ระดับ (t-test) = -5.468 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อัตราการฆ่าตัวตายลำเสร็จลดลง และร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มสูงขึ้น

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, เฝ้าระวัง, คัดกรอง, บุรีรัมย์

Abstract

This study is a research and development (R&D) to develop a surveillance model. Screening for mental health in the community Buriram Province is divided into 5 phases: Phase 1) assessing the current problem, Phase 2) drafting a surveillance and screening model, Phase 3) improving and developing, Phase 4) putting the model to trial, and Phase 5.) Model Evaluating. The study period is between October 2019 - January 2023. Data analyzed by Frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that patient caregivers Most are female. and is an elderly person aged 60 years and over but has no congenital disease and has a career as a farmer. 57.78 percent have an income of 5000 to 10,000 baht per month. The caregiver has a sibling relationship with the patient. Accounting for 35.56 percent. The family structure is characterized as a single family. Accounting for 76.67 percent. The average length of patient care was 15.12 years. The overall picture of family relationships is at a moderate

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

level. But there is a lack of support for patients to earn an income and build a career. Overall, the objective and subjective burdens were moderate. The results of the analysis of the relationship between the predictive variables and the dependent variables found that the community service system Leading person caring for mental health patients in the community Caring for patients and relatives and mental health operations in the community There is a positive relationship with statistical significance at the 0.01 level. leading to drafting a surveillance model Mental health screening With the participation of stakeholders, the "BRM Model" or "Buriram Model" will bring the model to trial in 2022. Results of operations according to the developed model (Model Evaluating) found that in 2020 patients will receive services on average 3.11 times/person/year, which is less than in the period after the implementation of the developed system. It was found that patients receiving mental health and psychiatric services in outpatient services increased to 4.77 times/person/year at the level (t-test) = -5.468, with statistical significance at the 0.05 level of murder rate. The dead body decreased. and the percentage of depressed patients accessing services has increased.

Keywords: mental health, surveillance, screening, Buriram

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบที่มีความหลากหลายและความเข้มข้นมากยิ่งขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รวบรวมการรับแจ้งและจับกุมกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญรวมถึงคดีอาญาที่เป็นความผิดต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ ซึ่งจากข้อมูลล่าสุดของการเก็บรวบรวมความรุนแรง ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าสังคมไทยมีอัตราผู้กระทำความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นต่อปีถึง 1,342 คน และความรุนแรงมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นจนกลายมาเป็นการระบาดความรุนแรงในสังคมไทย (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2564) ตั้งแต่เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดนครราชสีมาปีพ.ศ. 2563¹ เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดอุบลและเหตุการณ์กราดยิงที่บริเวณศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดหนองบัวลำภูปี พ.ศ. 2565 อันก่อให้เกิดความสูญเสียและสะเทือนใจกับสังคมไทยเป็นอย่างมาก²

ปัจจุบันภาวะทางสังคมต่างๆส่งผลให้เกิดผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและกำลังจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทำให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตการอยู่ ร่วมกันในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลให้มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น จังหวัดบุรีรัมย์พบว่าอัตราการฆ่า ตัวตายสำเร็จ ปี 2558-2564 มีแนวโน้มลดลงและไม่เกินตามเกณฑ์

ตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยทำงาน 20-59 ปี (คิดเป็น 10.34, 9.93 และ 8.33 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) รองลงมาจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป (คิดเป็น 9.57, 6.60 และ 6.60 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) และกลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี (คิดเป็น 0.00, 4.54 และ 2.87 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) สำหรับอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย สำเร็จ ปี 2563-2564 คือ 6.33, 6.97 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี (คิดเป็น 23.52, 29.03 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) รองลงมาจะเป็น กลุ่มวัยทำงาน 20-59 ปี (คิดเป็น 6.65, 6.65 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) และกลุ่มนักเรียน 5-14 ปี (คิดเป็น 4.00, 3.90 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) ในปี 2564 อัตราการฆ่าตัวตาย 6.96 ต่อแสนประชากร มีอัตราการฆ่าตัวตาย สูงสุดอยู่ที่อำเภอโนนดิน แดง (จำนวน 3 คน) คิดเป็นอัตรา 10.65 ต่อแสนประชากร และอำเภอห้วยราช (จำนวน 4 คน) คิดเป็นอัตรา 10.65 ต่อแสนประชากรแสนคน รองลงมาคืออำเภอแคนดง จำนวน 3 คน คิดเป็นอัตรา 9.27 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยทำงาน 20-59 ปี (คิดเป็น 5.34 ต่อแสนประชากรกลุ่มวัย) รองลงมาจะเป็น กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป (คิดเป็น 3.30 ต่อแสนประชากรกลุ่มวัย) และกลุ่มวัยรุ่น/นักเรียน 15-19 ปี (คิดเป็น 1.91 ต่อแสน

ประชากรตามกลุ่มวัย) จากข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงาน 20-59 ปี พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงคือการใช้สุรา คิดเป็นร้อยละ 12.36 รองลงมาคือโรคจิตเวช 13.48 (โรคจิตเภทร้อยละ 66.67 โรคซึมเศร้าร้อยละ 33.33) ตามลำดับ ปัจจัยกระตุ้นคือ ปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 31.46 (ทะเลาะกับคนใกล้ชิดร้อยละ 32.14, น้อยใจ ถูกดูถูกร้อยละ 25 ผิดหวังในความรักร้อยละ 21.43) รองลงมาคือปัญหาทางเศรษฐกิจร้อยละ 22.47 (ยากจน ร้อยละ 20 ตกงาน ร้อยละ 15 หนี้สิน ร้อยละ 15) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจำนวนผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี 2563 – 2564) ที่สูงสุดอยู่ในกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) รองลงมา คือกลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 - F19) กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า (F30 - F39) ตามลำดับ³

การเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ภาพรวมส่วนใหญ่เป็นการ ตั้งรับในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางไปเข้ารับบริการด้วยตนเอง หรือญาติผู้ป่วยนำส่งเพื่อเข้ารับการรักษา การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนเป็นไปอย่างไม่เป็นรูปธรรม ผู้ป่วยจะได้รับบริการ เมื่อบุคลากรไปเยี่ยมบ้าน/พบเหตุการณ์ จึงจะได้รับคำแนะนำในการเข้ารับบริการ ดังนั้น การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน จึงไม่มีรูปแบบและมาตรฐานในการดำเนินงาน ซึ่งส่งผลโดยตรงให้ในภาพรวมการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของวิกฤติความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตของจังหวัดบุรีรัมย์ พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ และนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างระบบสุขภาพจิตอันจะเป็นหนทางหนึ่งในการพัฒนาสังคมไทยไร้ความรุนแรง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตของจังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1) การประเมินสภาพปัญหาปัจจุบัน (Literature/ Survey and research: R1) ระยะที่ 2) ยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ (Innovation Development: D1) ระยะที่ 3) สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต เพื่อการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน (Research2: R2) ระยะที่ 4) นำรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแล้ว (Development 2 : D2) ไปดำเนินการในทุกอำเภอ รวม 23 อำเภอ และระยะที่ 5) การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating) โดยใช้ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2566

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2019-016 วันที่รับรอง 2 ตุลาคม 2563

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินสภาพปัญหาปัจจุบัน ผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิด

เป็นร้อยละ 74.44 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1: 2.91 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 42.22 อายุเฉลี่ย 56.96 ปี (อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 85 ปี) โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือคิดเป็นร้อยละ 24.44 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 57.78 รองลงมาคือว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 23.33 เมื่อพิจารณารายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่ มีรายได้ 5000 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 81.11 ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 35.56 รองลงมาคือเป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 31.11 โดยส่วนใหญ่มีลักษณะโครงสร้างของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 76.67 ส่วนครอบครัวขยายพบเพียงร้อยละ 23.33 เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 15.12 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.66 ระยะเวลานั้นที่สุด คือ หนึ่งปี และยาวที่สุดคือ 40 ปี ผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า ภาพรวมของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.60$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า สมาชิกในครอบครัวต่างดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ ($\bar{X}=4.06$) และพบว่าสมาชิกในครอบครัวใช้อำนาจเหนือกันและกัน เช่น บังคับ ชู้ออกคำสั่ง เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=2.13$) ปัจจัยระดับชุมชน จำแนกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบบริการในชุมชน พบว่า มีการติดตามผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 93.30 รองลงมา คือ คลินิกให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 91.00) การให้ความรู้ การดูแลสุขภาพ และการกินยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 90.00) ตามลำดับ 2) แกนนำดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าประสบการณ์ดำเนินงานกับผู้ดูแลและญาติ ร้อยละ 70.80 รองลงมา คือ มีการ

ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตทางหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสาย ร้อยละ 63.30 3) การดูแลผู้ป่วยและญาติ พบว่า มีการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและฟื้นฟูความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 64.40 แต่ไม่พบการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีรายได้สร้างอาชีพ สามารถพึ่งตนเองได้ และ 4) ด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน พบว่า มีการเปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.00 รองลงมา คือ อบรมให้ความรู้แก่เครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ส่วนภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยจำแนกเป็นภาระเชิงปรณัย และภาระเชิงอัตนัย ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมภาระเชิงปรณัยและอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบด้วย สัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ ระบบบริการในชุมชน แกนนำดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยใช้ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยก่อนวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดสอบข้อตกลงของการใช้สถิติของข้อมูล พบว่าจากการทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของความคลาดเคลื่อนวิธี Durbin Watson ได้เท่ากับ 2.078 ซึ่งอยู่ระหว่างช่วง 1.5 – 2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนดังกล่าวเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) และค่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) จากการ ทดสอบโดยใช้สถิติ ANOVA พบว่า ค่า p-value ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่า ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิง เส้นตรงกับตัวแปรตาม ส่วนตัวแปรต้นทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (No multicollinearity) ทดสอบด้วย การพิจารณาค่า Tolerance และค่า VIF ไม่เกิน 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า Tolerance ของ การ

ดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนเท่ากับ 0.67 และค่า VIF (Variance Inflation Factor) เท่ากับ 1.48 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลง เบื้องต้นของการใช้สถิติพหุคูณ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า ระบบบริการในชุมชน แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน มีความสัมพันธ์กันในทางบวก อยู่ระหว่าง 0.432 ถึง 0.646 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ที่ 0.646 ส่วนการดูแลผู้ป่วยและญาติและการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุดที่ 0.432 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตได้ ประกอบด้วย แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยและญาติมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 ทั้งสองด้าน สามารถร่วมทำนายการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตได้ ร้อยละ 17.70

ส่วนที่ 2 ผลการยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์
ผลการยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จากอำเภอละ 3 คน จำนวน 23 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 92 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแผนกผู้ป่วยนอก (23 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (23 คน)

ผู้ใหญ่บ้าน (23 คน)และผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม เพื่ออธิบายความเป็นเหตุเป็นผล หรือเหตุการณ์กับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีปัจจัยหรือเงื่อนไข บทเรียนหรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดจากการปฏิบัติหรือประสบการณ์ การดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตใน

ชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับวิธีคิด และวิธีการทำงาน ที่สร้างสรรค์ และคุณภาพยิ่งขึ้น โดยจำแนกแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม คือ ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม เรื่อง การเรียนรู้หลังการดำเนินการ (After Action Review: AAR) สุขภาพจิตในชุมชนที่ผ่านมา จำนวน 5 ข้อ และนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เฉพาะเจาะจงและปฏิบัติได้ (Specific Actionable Recommendations: SARs)

ส่วนที่ 3 การปรับปรุง พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน
ประกอบด้วย

1) วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา / แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย 2 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 - 2564) พบว่า ปัจจุบันภาวะทางสังคมต่างๆส่งผลให้เกิดผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวซึ่งมีแนวโน้มเพิ่ม สูงขึ้นและกำลังจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทำให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตการอยู่ร่วมกันในสังคมและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลให้มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า อัตราการฆ่า ตัวตายสำเร็จ ปี 2558-2564 มีแนวโน้มลดลงและไม่เกินตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยทำงาน 20-59 ปี (คิดเป็น 10.34, 9.93 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) รองลงมาจะเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (คิดเป็น 9.57, 6.60 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) และกลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี (คิดเป็น 0.00, 4.54 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) สำหรับอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย สำเร็จ ปี 2563-2564 คือ 6.33, 6.97 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่ม วัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี (คิดเป็น 23.52, 29.03 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) รองลงมาจะเป็น กลุ่มวัยทำงาน 20-59 ปี (คิดเป็น 6.65, 6.65 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) และกลุ่มนักเรียน 5-14 ปี (คิดเป็น 4.00, 3.90 ต่อแสนประชากรตามลำดับ)

2) ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะจาก การดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า จำนวน ผู้ปฏิบัติงานในทางสุขภาพจิตต่อแห่งส่วนใหญ่ มี 1 - 2 คน ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับปริมาณงานและ ภาระงานสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลเฉพาะ ทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ยังไม่ได้ปฏิบัติงานด้าน สุขภาพจิตเต็มรูปแบบ และยังมีไม่ครบทุกอำเภอ การดำเนินการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ในรพช. ยังไม่ครบถ้วน การประสานงานในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างสถานพยาบาล ตำรวจ ภาควิชาเครือข่าย บางกรณีที่มีปัญหา ยาจิตเวชที่ จำเป็นในโรงพยาบาลชุมชนยังมีไม่ครบ และนัก สังคมสงเคราะห์ที่ดูแลผู้ป่วยมีเพียงคนเดียวทำให้ การประสานงานเรื่องการจัดหาที่อยู่ เยี่ยมบ้าน เป็นไปด้วยความล่าช้า ควรมีนักสังคมสงเคราะห์ เพิ่มเติม

3) รูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง สุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ “BRM Model” หรือ “บุรีรัมย์ โมเดล” ซึ่ง **B: Build familiarity and trust** หมายถึง สร้าง ความคุ้นเคย ไว้วางใจ ประกอบด้วย การสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจ การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) **R: Refer** หมายถึง การส่งต่อรักษา การ ประสานงาน **M: Management** หมายถึง การ จัดการกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย เฝ้าระวัง สอดส่อง มองหา (Surveillance) และการ ประเมิน สถานการณ์ และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (Screening)

ส่วนที่ 4 นำรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุง และพัฒนาแล้ว (Development2: D2) ไป ดำเนินการทดลองใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิใน โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล 232 แห่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ในปี 2565 และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating) ใน เดือนมกราคม พ.ศ. 2566

ส่วนที่ 5 การประเมินผลการดำเนินงาน ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating)

พบว่า ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จำนวนครั้งต่อคนการเข้ารับบริการสุขภาพจิตและ จิตเวชในการให้บริการผู้ป่วยนอก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2563 และ ปี พ.ศ. 2565 ต่อผู้ป่วยหนึ่งคนใน หนึ่งปี โดยใช้สถิติ Independent sample t Test พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นช่วงก่อนการ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน และในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นช่วงหลังจากที่มีการนำ ระบบเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนไปปรับ ใช้มีค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการ สุขภาพจิตและจิตเวชในการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ แตกต่างกัน โดยในปี 2563 ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการ เฉลี่ย 3.11 ครั้ง/ คน/ ปี ซึ่งน้อยกว่าช่วงหลังการ นำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเข้ารับ บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้บริการผู้ป่วย นอกเพิ่มขึ้นเป็น 4.77 ครั้ง/ คน/ ปี ที่ระดับ (t-test) = -5.468 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผลงานตามเป้าหมาย ปี 2563 (ก่อน พัฒนาระบบฯ) และ ปี2565 (หลังพัฒนาระบบฯ) พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง จาก 7.27 ต่อประชากรแสนคนในปี 2563 เหลือเพียง 6.52 ต่อประชากรแสนคนในปี 2565 และร้อยละของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มสูงขึ้นหลังการ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีข้อค้นพบในประเด็น ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่พบว่า ผู้ดูแล ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระใน การดูแล กับสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.2) มีอายุในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 37.39)⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและ ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน เพื่อพัฒนาบทบาทการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวและภาควิ

เครือข่ายในชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2556- ตุลาคม 2558 เลือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี⁵ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 35.56 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเรื่องการพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดา⁵ ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 15.12 ปี (ยาวสุด 40 ปี – น้อยสุด 1 ปี) ซึ่งมีระยะเวลาการดูแลมากกว่าการศึกษาเรื่องการพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเพียง 6.75 ปี (SD 2.31) (กัทร ดานา, 2564) ภาพรวมของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวไทย วัดจากความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกมีต่อกันความร่วมมือ และการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นแบบสมดุล (50.7%)⁶

ปัจจัยระดับชุมชน จำแนกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ระบบบริการในชุมชน แกนนำดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า มีการติดตามผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 93.30 ซึ่งต่างจากการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาค้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติกลับมาอนรักษาค้ำใน โรงพยาบาลสังขะ จำนวน 17 คน พบว่ามีติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพียง 1-4 เดือนต่อครั้งเท่านั้น⁷ แต่ไม่พบการสนับสนุนให้

ผู้ป่วยมีรายได้ สร้างอาชีพ สามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งจากการศึกษาเรื่อง การตัดสินใจและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม คือ ความต้องการการยอมรับ ความต้องการการดูแลต่อเนื่องมิติกาย มิติจิตใจ ความต้องการการรับยาต่อเนื่อง ความต้องการการเยี่ยมให้กำลังใจ ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และความต้องการมีอาชีพมีรายได้⁸ ส่วนภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยจำแนกเป็นภาระเชิงปรณัย และภาระเชิงอัตนัย ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมภาระเชิงปรณัยและอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า ระบบบริการในชุมชน แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน มีความสัมพันธ์กันในทางบวก อยู่ระหว่าง 0.432 ถึง 0.646 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ที่ 0.646 ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตได้ ประกอบด้วย แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยและญาติมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 ทั้งสองด้าน สามารถร่วมทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตได้ ร้อยละ 17.70 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาภาระการดูแล/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท/ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท/การสนับสนุนทางสังคมผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมเท่ากับ 42.98 (SD = 16.84) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลได้ ร้อยละ 63 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาระการดูแลสูงสุดคือ ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และรองลงมา

คือ การสนับสนุนทางสังคม⁹ นำไปสู่การปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน และนำรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแล้ว ไปดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 232 แห่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ในปี 2565 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาการประเมินสุขภาพจิตชุมชนในสังคมกำลังพัฒนา: การประเมินรูปแบบการประเมินสุขภาพจิต ในประเทศเนปาล เพื่ออธิบายลักษณะความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของเครื่องมือประเมินที่อาจเป็นประโยชน์สำหรับการดำเนินการสำรวจระดับชุมชน (โดยเฉพาะในชุมชนชนบทของประเทศกำลังพัฒนา) เพื่อหาอัตราความชุกของการเจ็บป่วยทางจิต ผลการศึกษา พบว่า จากการทดสอบลักษณะความถูกต้อง รูปแบบของความสัมพันธ์ทางสังคมและประชากรชี้ให้เห็นว่าต้นกำเนิดทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงของความผิดปกติในเนปาลจะต้องได้รับการตรวจสอบเพิ่มเติม โดยขั้นตอนแรกในการได้รับข้อมูลคุณภาพสูงเกี่ยวกับการแพร่กระจายของปัญหาสุขภาพทางจิตในประเทศกำลังพัฒนาคือการสร้างตัวบ่งชี้ความผิดปกติที่เชื่อถือได้และถูกต้อง รูปแบบรายการตรวจสอบสำหรับการประเมินความผิดปกติมีความเป็นไปได้ที่การศึกษาความชุกในระดับชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างสมเหตุสมผล¹⁰ ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งต่อคนการเข้ารับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้บริการผู้ป่วยนอก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2563 และ ปี พ.ศ. 2565 ต่อผู้ป่วยหนึ่งคนในหนึ่งปี พบว่าในปี 2563 ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการเฉลี่ย 3.11 ครั้ง/ คน/ ปี ซึ่งน้อยกว่าช่วงหลังการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผลงานตามเป้าหมาย ปี 2563 (ก่อนพัฒนาระบบฯ) และ ปี 2565 (หลังพัฒนาระบบฯ) พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายลำเอรีลดลง และร้อยละของผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มสูงขึ้นหลังการพัฒนา ระบบเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งสอดคล้องกับการคัดกรองสุขภาพจิตโดยนำเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเข้ามาช่วยเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความเข้าใจด้านสุขภาพจิตดิจิทัล ผลการศึกษา พบว่า สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตดิจิทัลของผู้ป่วยแม้ว่าแพทย์ GP แต่อัตราการเข้ารับการรักษาที่มีแนวโน้มดีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจาก GP แนะนำว่า GP สามารถมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการใช้บริการทางดิจิทัลและเพิ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องให้เกิดสูงสุด¹¹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์จัดกิจกรรมเพิ่มการสร้างทัศนคติและรอบรู้ เรื่องสัญญาณเตือนแก่ญาติและผู้ดูแล/ ผู้ใกล้ชิดของกลุ่มเสี่ยง/ ประชาชนทั่วไป ให้สามารถใช้บริการช่วยเหลือเบื้องต้น และ ผู้เสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต กลไก พชอ.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยด้านอาชีพ
3. ติดตามการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน ตามรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ “BRM Model” หรือ “บุรีรัมย์โมเดล” อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง คัดกรองฯ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนขึ้นกับบริบทของแต่ละชุมชนซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น วิธีการพัฒนาควรมีความหลากหลายและเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและสังคมให้กับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะ และปรับปรุง

แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะโฆษกกรมสอบสวนคดีพิเศษ. (2563). กรมสอบสวนคดีพิเศษแสดงความเสียใจต่อเหตุการณ์กราดยิงผู้บริสุทธิ์ที่จังหวัดนครราชสีมา มอบศูนย์ปฏิบัติการคดีพิเศษเขตพื้นที่ 3 ประสานงานช่วยเหลือ. กรุงเทพมหานคร: กรมสอบสวนคดีพิเศษ Retrieved from <https://www.dsi.go.th/en/Detail/ef47f07fb5838a9407549606baed5f3c>
2. สกฤตศรี ศรีสารคาม. (2565). หตุสะเทือนขวัญ “หนองบัวลำภู” สื่อหลักส่วนน้อยยังหลุดกรอบ ย้ำเติมความรู้สื่อรุ่นใหม่. สภาการสื่อสารมวลชนแห่งชาติ. <https://www.presscouncil.or.th/8228>
3. ญัตติญา นิยมทอง (2564). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จังหวัดบุรีรัมย์.
4. อุษา แก้วอำภา. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล กับสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(3), 127-143. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/18110/15977>
5. กำพร้า ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(3), 406-414. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/10199/8976/15526>
6. ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม, ดุชนิ คำมี, & เริงวิทย์ นิลโคตร. (2552). สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. ห. แท่นทองซินวัฒนาการพิมพ์.
7. ทศยาญจน์ เสียงเพระ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(2), 413-426. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/252861/172040>
8. สุพรรณิ สายบุตร, & ชานนท์ โกมลมาลย์. (2561). การตัดสินใจและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง. Retrieved from https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file_research/research_Split/13.pdf
9. เสาวนีย์ คงนรินทร์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มหาวิทยาลัยบูรพา]. <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/11620/1/53920628.pdf>
10. Tausig, M., Subedi, S., Broughton, C. L., Subedi, J., & Williams-Blangero, S. (2003). Measuring Community Mental Health in Developing Societies: Evaluation of a Checklist Format in Nepal. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(4), 269-286. <https://doi.org/10.1177/0020764003494005>
11. Whitton, A. E., Hardy, R., Cope, K., Gieng, C., Gow, L., MacKinnon, A., Gale, N., O'Moore, K., Anderson, J., Proudfoot, J., Cockayne, N., O'Dea, B., Christensen, H., & Newby, J. M. (2021). Mental Health Screening in General Practices as a Means for Enhancing Uptake of Digital Mental Health Interventions: Observational Cohort Study. *J Med Internet Res*, 23(9), e28369. <https://doi.org/10.2196/28369>

ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

The effects of the knowledge and skill promotion program for caregivers of stroke patients
at Ronphibun Hospital.

(Received: March 29,2024 ; Revised: May 19,2024 ; Accepted: May 27,2024)

ทัศนีย์ เวทยาวงศ์กุล¹ ศิริธัญญ์ ตัญบุญยกิจ² ธเนศ สังข์ศรี³

Thatsanee Wetayawongkul¹ Siritun Thunboonyakid² Tanes Sangsri³

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life; HRQoL) ของผู้ป่วยในเขตอำเภอร่อนพิบูลย์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2566 ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 71) และกลุ่มควบคุม (n = 71) โดยก่อนและหลังกระบวนการวิจัยผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมิน HRQoL ด้วยเครื่องมือ EQ-5D-5L (European Quality of life 5 Dimension) และแบบประเมินความเจ็บปวด (Visual Analog Scale; VAS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบค่าที (t-test)

ผลลัพธ์หลังจากได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี HRQoL เพิ่มขึ้น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-5D-5L และ EQ-VAS เท่ากับ 0.663 ± 0.18 (เพิ่มขึ้น $+0.44$) และ 71.97 ± 13.71 (เพิ่มขึ้น $+23.10$) ตามลำดับ และมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแล, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, EQ-5D-5L

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the outcomes of a program designed to improve the knowledge and skills of stroke patients' caregivers to change their health-related quality of life (Health-related quality of life; HRQoL) of patients in Ronphibun District between October 2023 and November 2023, comparing the experimental (n = 71) and control groups. Caregivers received the intervention meanwhile the control group just received regular nursing care. Both groups were assessed on knowledge and skills in caring for stroke patients meanwhile stroke patients were assessed for HRQoL with the EQ-5D-5L (European Quality of Life 5 Dimension) tool and pain assessment form (Visual Analog Scale; VAS). The descriptive statistics, Chi-square test, and t-test were used for analyzing the data.

The results showed that after one month of intervention, the knowledge and skills of caregivers in the experimental group were significantly higher than baseline ($p < 0.001$). Importantly, this study demonstrated that stroke patients in the experimental group had improved changes in HRQoL with the average EQ-5D-5L and EQ-VAS values of 0.663 ± 0.18 (increment $+0.44$) and 71.97 ± 13.71 (increment $+23.10$), respectively, and this was significantly greater than the control group ($p < 0.001$).

Keywords: Caregivers, Stroke patients, educational and skill promotion program, Health-related quality of life, EQ-5D-5L

¹ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลร่อน จังหวัดนครศรีธรรมราช

² นายแพทย์ ระดับชำนาญการ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

³ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ Corresponding Author: tanes.s@pnu.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่ทำให้มีการเสียชีวิตของประชากรเป็นอันดับ 3 ของโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจและมะเร็ง^{1,2} โดยมีค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลังเกิดอาการ Stroke³ ประชากรประมาณ 15 ล้านคนเป็น Stroke ทุกปี และพบว่าหนึ่งในสามจะได้รับผลกระทบจากภาวะทุพพลภาพร้ายแรงถาวร⁴ Stroke คือ ความผิดปกติเฉียบพลันของสมองซึ่งเกิดจากหลอดเลือดและใช้เวลานานกว่าหนึ่งวันรวมถึงอาการตกเลือดในสมอง อาการตกเลือดใต้เยื่อหุ้มสมอง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในสมอง และโรคหลอดเลือดสมองตีบ⁵ Stroke มีสัญญาณและการแสดงอาการ ได้แก่ มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างกะทันหัน มีอาการทางระบบประสาทสัมผัสรวมถึงใบหน้าตกรวมทั้งแขนขาอ่อนแรงข้างเดียว เวียนศีรษะ การเดินหยุกชุก มองเห็นไม่ชัดหรือสูญเสียการมองเห็น มีปัญหาการสื่อสาร อาการอัมพาตครึ่งซีกเฉียบพลัน สูญเสียสติ และการหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยหลังเกิดอาการในช่วงที่มีความพิการปานกลางถึงรุนแรงต้องอาศัยความช่วยเหลืออย่างเต็มที่⁶ ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยสำหรับโรค Stroke ได้แก่ อายุมากกว่า 45 ปี มีประวัติของภาวะขาดเลือดชั่วคราว กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วหรือหยุดหายใจขณะหลับ กรณัมพันธ์ ความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด⁷ ผู้ป่วยหลังเกิดอาการ Stroke มีความบกพร่องต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life; HRQoL) ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลายและความรุนแรงของอาการ⁸ การศึกษาก่อนหน้าพบว่า HRQoL ของผู้ป่วย Stroke สามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L และ EQ-VAS ที่สร้างขึ้นโดย EuroQol Group 5-Dimension (EQ-5D) เป็นแบบประเมินที่ได้นำไปใช้และตรวจสอบแล้วในผู้ป่วย Stroke^{9,10} ผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตและฟื้นฟูสภาพที่บ้านตามปกติจะได้รับผลกระทบด้านสุขภาพและด้านจิตใจส่งผลให้ HRQoL

ลดลง¹¹ ดังนั้น การกำกับติดตาม HRQoL ของผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตหลังการฟื้นฟูสภาพที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ¹² และหากไม่มีการช่วยเหลือและส่งเสริมการดูแลจะทำให้ผู้ป่วย Stroke มี HRQoL ต่ำลงและมีอาการรุนแรงขึ้นจนอาจกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงและก่อให้เกิดปัญหาภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและยังมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวด้วย¹³ ประมาณ 80% ของผู้รอดชีวิตจาก Stroke พักรักษาตัวที่บ้านหลังจากแพทย์อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล โดยมากกว่าหนึ่งในสามต้องพึ่งพาอาศัยผู้ดูแลที่บ้าน ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวจึงกลายเป็นบุคคลที่สำคัญมากในช่วงแรกหลังผู้ป่วยเกิดอาการ¹⁴⁻¹⁶ การให้การดูแลในช่วง 2-3 เดือนแรกหลังเกิดอาการ Stroke เป็นเรื่องที่ท้าทายแต่สิ่งสำคัญคือทำให้ความรู้ที่เพียงพอและเสริมสร้างทักษะให้กับผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม (3-6 เดือน) ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ^{15,17} การฟื้นฟูสภาพจึงควรเปลี่ยนจากแนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นมุ่งเน้นทั้งผู้ป่วยร่วมกับการส่งเสริมผู้ดูแลด้วย^{14,15} เนื่องจากจุดสำคัญคือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในแต่ละวัน เช่น การขับถ่าย การป้อนอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย และยังคงช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย แต่พบว่าปัญหาที่สำคัญ คือ ความรู้และความสามารถด้านทักษะผู้ดูแลยังไม่เพียงพอในการช่วยเหลือผู้ป่วยในฐานะผู้ดูแลอย่างเหมาะสม¹⁸

การวิจัยก่อนหน้าได้ประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke พบปัญหาคือผู้ดูแลยังขาดความรู้และไม่ทราบวิธีการดูแลที่ถูกต้องซึ่งหากได้รับการอบรมการดูแลหรือเสริมทักษะอาจทำได้ดีขึ้น¹⁹ นอกจากนี้ พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้รอดชีวิตจาก Stroke ที่บ้านมีความซับซ้อนและแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ²⁰⁻²³ จึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวในกระบวนการฟื้นฟูหลังเกิดอาการ Stroke ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน การศึกษาผู้ป่วย Stroke ในประเทศไทยใช้เวลาประมาณหนึ่งสัปดาห์ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งก่อนออกจาก

โรงพยาบาลสมาชิกในครอบครัวจะได้รับการอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Stroke แต่จากสำรวจพบว่ายังไม่สามารถทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม²⁴ ผู้ดูแลยังมีความต้องการในการอบรมเพิ่มเติมเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในทักษะการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยเวลาสำคัญ การช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ การดูแลบาดแผล เป็นต้น^{15, 25-27} การแก้ปัญหาโดยมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และความสามารถด้านทักษะให้กับผู้ดูแลและให้การปฏิบัติงานจริงโดยมีผู้เชี่ยวชาญอยู่ด้วยส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย Stroke ดีขึ้น^{28, 29} และฟื้นฟู HRQoL ของผู้ป่วย Stroke เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะใกล้เคียงปกติมากที่สุดจึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลเป็นหลัก^{14, 16, 26, 30} จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลสามารถส่งเสริมผลลัพธ์เชิงบวกต่อผู้ป่วย Stroke โดย Kerry Rae Creasy (2015) ได้อธิบายว่าการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลสุขภาพร่วมกันเป็นทีม³¹ และพบว่ามีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการลดภาวะซึมเศร้าและภาระของครอบครัว³² และทำให้ HRQoL ของผู้ป่วย Stroke ดีขึ้น^{27, 33, 34}

โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ขนาด 60 เตียง รองรับผู้ใช้บริการจากทั้งหมด 6 ตำบล คือ ตำบลร่อนพิบูลย์ หินตก เสาธงควนพัง ควนชุม และควนเกย ที่มีปัญหาสุขภาพเล็กน้อยจนถึงซับซ้อน มีศักยภาพทางด้านเทคโนโลยีและบุคลากร มีการให้บริการประชาชนทั้งอำเภอ โดยในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วย Stroke มาเข้ารับบริการ จำนวน 254, 218 และ 217 ราย ตามลำดับ³⁵ และพบเป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 203, 174 และ 172 ราย ซึ่งคิดเป็น 79.92%, 79.82% และ 79.26% ตามลำดับ³⁵ กลุ่มผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำจำนวน 43, 26 และ 36 ราย ซึ่งคิดเป็น 16.93%, 11.93% และ 16.59% ตามลำดับ (ข้อมูล Stroke โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566)³⁵ จึงยังเป็นปัญหาที่สำคัญโดยพบว่าเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากสาเหตุของการดูแล

ผู้ป่วยซึ่งจำเป็นต้องใช้ทักษะและความชำนาญต่าง ๆ แต่เนื่องจากผู้ดูแลซึ่งได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวและไม่ได้ดำเนินการในสถานการณ์จริงร่วมกับพยาบาลครอบครัวที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้ยังขาดความมั่นใจจึงทำให้การดูแลเป็นไปอย่างไม่มีคุณภาพ³⁶ ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย Stroke ของผู้ดูแลที่บ้านและประเมินระดับ HRQoL ของผู้ป่วย Stroke หลังได้รับโปรแกรม ในเขตอำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ออกแบบการวิจัยเป็นกึ่งทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบ (quasi-experimental research) และวัดผลการศึกษาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และได้รับการอนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ภายใต้เอกสารรับรองเลขที่ 071/2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย Stroke ที่แพทย์อนุญาตให้พักฟื้นที่บ้านและผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอร่อนพิบูลย์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 217 ราย กำหนดขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Yamane T³⁷ ด้วยสมการ $n = N / (1 + N(e)^2)$ (เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ N = ประชากรตัวอย่างทั้งหมด e = ค่าคลาดเคลื่อนทางสถิติ 0.05) ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย Stroke จำนวน 142 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล (Case/Control เท่ากับ 1:1) ทำให้ได้กลุ่มทดลอง ($n = 71$)/กลุ่มควบคุม ($n = 71$) และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย Stroke (Case/Control เท่ากับ 1:1) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ($n = 71$)/กลุ่มควบคุม ($n = 71$) เนื่องจากโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์มีพื้นที่รับผิดชอบ 6 ตำบล คือ ร่อนพิบูลย์ หินตก เสาธงควนพัง ควนชุม และควนเกย โดยคำนวณสัดส่วนจำนวนตัวอย่างแต่ละตำบลด้วย Proportion to size³⁸

เครื่องมือในการวิจัย

1. โปรแกรมสำหรับเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke

1.1 การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับสาเหตุและพยาธิสภาพ อาการ แนวทางการรักษา และวิธีการดูแลผู้ป่วย Stroke

1.2 การอบรมฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย Stroke ได้แก่ การอาบน้ำ การขับถ่าย การนอนพักผ่อน การขยับร่างกาย การแต่งกาย และการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2. แบบสอบถามและแบบทดสอบ

2.1 แบบเก็บข้อมูลสำหรับผู้ป่วย Stroke และผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ บทบาทในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการรักษาโดยการผ่าตัด เป็นคำถามปลายเปิด-ปลายปิด

2.2 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล มีคำถามทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ /ไม่ใช่ โดยการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้ ผู้ดูแลตอบผิด เท่ากับ 0 และผู้ดูแลตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน

2.3 แบบประเมินทักษะของผู้ดูแล โดยประเมินทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การขยับร่างกายในบางเวลา และการนอน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยการสังเกตการปฏิบัติและการสัมภาษณ์ผู้ดูแล เป็นลักษณะคำถามปลายปิดมีการให้คะแนนแบบมาตราส่วน (Rating scale) 3 ระดับ คือ ได้คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติทักษะนั้นไม่ได้เลย ได้คะแนนเท่ากับ 1 ในกรณีที่ผู้ดูแลปฏิบัติทักษะนั้นได้แต่ยังมีข้อบกพร่องเล็กน้อย และได้คะแนนเต็ม 2 ในกรณีที่ผู้ดูแลปฏิบัติทักษะนั้นได้ได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์

2.4 แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะของผู้ดูแลได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลปฐมภูมิและองค์กรรวม จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า (IOC: Item-Objective Congruency Index)

เท่ากับ 0.92 และจากการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardson 20-KR-20) เท่ากับ 0.79

2.5 แบบประเมิน EQ-5D-5L ซึ่งได้รับอนุญาตจาก EuroQoL Group ที่เว็บไซต์ EuroQoL Group (<https://euroqol.org/support/how-to-obtain-eq-5d/>) โดยแบบประเมินประกอบด้วย การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหว ความรู้สึกเจ็บปวดหรือไม่สบายตัว และภาวะซึมเศร้า ซึ่งแต่ละด้านมี 5 ตัวเลือก เรียงลำดับจากไม่มีปัญหาไปจนถึงมีปัญหามากที่สุด โดยใช้ค่าอรรถประโยชน์ (utility) เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ โดยค่า utility เท่ากับ 1 แสดงถึงสุขภาพสมบูรณ์ และ 0 แสดงถึงการเสียชีวิต และ -1 แสดงถึงสภาวะที่แย่กว่าเสียชีวิต (worse than dead) โดยแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha อยู่ระหว่าง 0.69 ถึง 0.9339 คำนวณคะแนนอรรถประโยชน์โดยใช้โปรแกรมดาวน์โหลดได้ที่ <http://www.hitap.net/documents/8976240>

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและให้ทำแบบทดสอบความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย Stroke (Pre-test) ในขณะที่ผู้ป่วย Stroke ได้รับการประเมิน EQ-5D-5L และ EQ-VAS (วันแรกของโปรแกรมเท่านั้น)

2. ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ Stroke และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย Stroke ให้กับผู้ดูแลโดยการสาธิตวิธีปฏิบัติ และจากนั้นผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองโดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำตลอดการฝึกทักษะจนครบทุกทักษะและผู้ดูแลมีความมั่นใจในตนเอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและให้ทำแบบทดสอบความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย Stroke (Pre-test) และประเมินผู้ป่วย Stroke ด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L และ EQ-VAS (วันแรกของโปรแกรมเท่านั้น)

ระยะหลังทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลทำแบบทดสอบความรู้และได้รับการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วย Stroke (Post-test) และผู้ป่วย Stroke ได้รับการประเมิน EQ-5D-5L และ EQ-VAS (สัปดาห์สุดท้าย)

กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลทำแบบทดสอบความรู้และได้รับการประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วย Stroke (Post-test) ในขณะที่ผู้ป่วย Stroke ได้รับการประเมิน EQ-5D-5L และ EQ-VAS (สัปดาห์สุดท้าย)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากรายงานวิจัยทั้งหมดนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยซอฟต์แวร์โปรแกรม R เวอร์ชัน 4.3.2 (<https://www.r-project.org>) และวิเคราะห์ค่าความถี่ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} \pm SD$) การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบค่าที (t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากรในการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน คือ มีเพศหญิง

มากกว่าเพศชาย (52.0% และ 66.20% ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 54.20 ปี (IQR= 45, 66) และ 51.31 ปี (IQR= 42, 62) ตามลำดับ และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรส (74.60% และ 71.80% ตามลำดับ) มีความรู้ระดับสูงกว่าชั้นประถมศึกษา (45.10% และ 54.9% ตามลำดับ) มีบทบาทในครอบครัวเป็นผู้อาศัย (64.80% และ 73.20% ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (42.30% และ 50.70% ตามลำดับ) อันดับสอง คือ คีออาชีพรับจ้าง (25.40% และ 38% ตามลำดับ) มีระยะเวลาในการดูแล ≥ 8 ชั่วโมง (64.80% และ 64.80% ตามลำดับ) มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสกับผู้ป่วย Stroke (42.30% และ 50.70% ตามลำดับ) และมีประวัติการสูบบุหรี่ (18.30% และ 84.50% ตามลำดับ)

ผู้ป่วย Stroke ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้หญิงและผู้ชายที่ใกล้เคียงกัน คือ มีเพศหญิง (50.70% และ 46.50% ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 68.11 ปี (IQR= 60, 78) และ 63.83 ปี (IQR= 52.50, 78) ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส (56.30% และ 70.40% ตามลำดับ) มีการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา (90.10% และ 71.80% ตามลำดับ) มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (49.30% และ 62.0% ตามลำดับ) มีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (71.80% และ 71.60% ตามลำดับ) แต่ในกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวร่วมรองลงมา คือ ไขมันในเลือดสูง เท่ากับ 12.70% ในขณะที่กลุ่มควบคุม คือ เบาหวาน เท่ากับ 14.10% ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย Stroke ของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง (n=142)

ระยะเวลา	ความรู้		ทักษะ	
	กลุ่มทดลอง (n=71)	กลุ่มควบคุม (n=71)	กลุ่มทดลอง (n=71)	กลุ่มควบคุม (n=71)
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)
ก่อนได้รับโปรแกรม	15.16 $\pm$ 2.49	12.43 $\pm$ 2.04	37.33 $\pm$ 3.88	39.38 $\pm$ 5.57
หลังได้รับโปรแกรม	19.35 $\pm$ 3.28	12.46 $\pm$ 1.99	42.79 $\pm$ 2.99	39.36 $\pm$ 5.57
Paired t-test	$P < 0.001$	$P = 0.7481$	$P < 0.001$	$P = 0.5309$

ประสิทธิผลของโปรแกรม เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้งด้านความรู้และด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วย Stroke ดีขึ้น ($p < 0.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมด้วยเช่นกัน ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

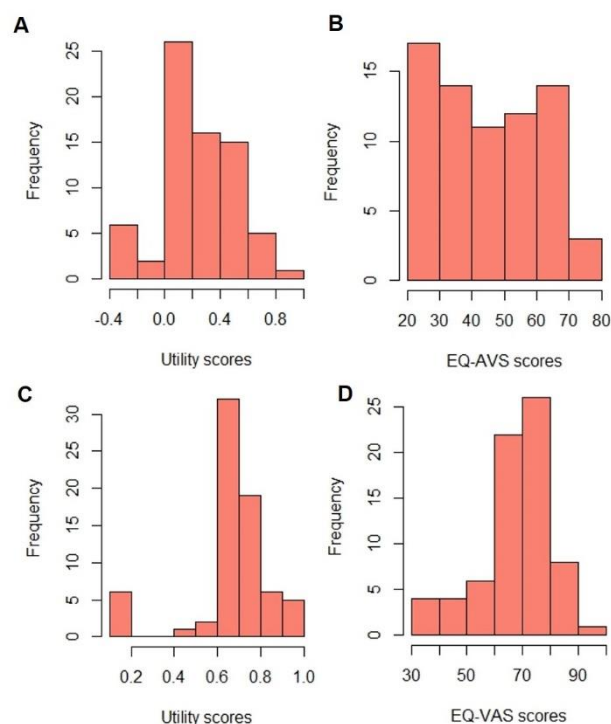
การเปลี่ยนแปลง HRQoL ของผู้ป่วย Stroke
Health-related quality of life (HRQoL) ของผู้ป่วย Stroke ที่วัดด้วยค่าอรรถประโยชน์ (Utility) จากการประเมินด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L และค่าคะแนน EQ-VAS ก่อนได้รับโปรแกรมผู้ป่วย Stroke กลุ่มทดลอง ($n = 71$) มีค่าเฉลี่ย Utility และค่าเฉลี่ย EQ-VAS เท่ากับ 0.226 ± 0.26 ช่วงตั้งแต่ -0.358 ถึง 0.819 (ภาพที่ 1A) และคะแนนเฉลี่ย EQ-VAS มีค่าเท่ากับ 48.87 ± 16.47 ช่วงตั้งแต่ 20.0 ถึง 80.0 (ภาพที่ 1B) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมเป็นเวลา 1 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ย Utility และค่าเฉลี่ย EQ-VAS เท่ากับ 0.663 ± 0.18 ช่วงตั้งแต่ 0.148 ถึง 1.0 (ภาพที่ 1C) และคะแนนเฉลี่ย EQ-VAS คือ 71.97 ± 13.71 ช่วงตั้งแต่ 30.0 ถึง 95.0 (ภาพที่ 1D) นอกจากนี้ HRQoL ของผู้ป่วย Stroke หลังได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 1 เดือน พบว่าผู้ป่วย Stroke ในกลุ่มทดลองทั้งหมด ($n = 71$) มีค่า HRQoL ที่เพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) โดยพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-5D-5L เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.44 (ภาพที่ 2A) และค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-VAS เพิ่มขึ้นเท่ากับ 23.10 (ภาพที่ 2B) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-5D-5L และค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-VAS ไม่แตกต่างจากเดิม (ภาพที่ 2)

สรุปและอภิปรายผล

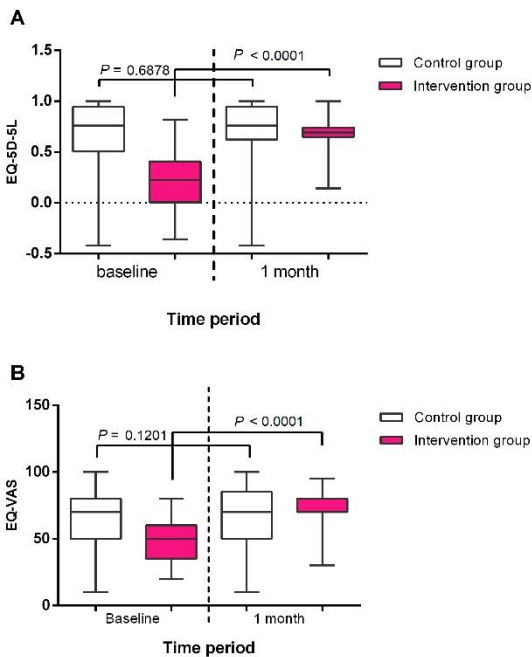
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ได้ทำการศึกษาวิจัยเป็นครั้งแรกเพื่อสร้างโปรแกรมในการเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลเพื่อประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย Stroke ที่บ้าน ผลลัพธ์จากการศึกษาบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้นี้โดยพบว่าผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย Stroke ที่ดีขึ้น ส่งผลต่อ HRQoL ของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาสาสมัครที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ทั้งหมด 284 ราย มีกลุ่มทดลอง จำนวน 142 ราย และกลุ่มควบคุม

จำนวน 142 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke มีจากการทดสอบไคสแควร์พบว่าลักษณะทางประชากรศาสตร์ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันจึงเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในงานวิจัยนี้พบว่าผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีจำนวนผู้หญิงมากกว่าผู้ชายสอดคล้องกับรายงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและมีสามีที่เป็น Stroke ผู้ป่วยพักอาศัยกับบุตรเป็นส่วนใหญ่และทางครอบครัววางแผนการจัดการดูแลโดยให้ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส บุตร และ/หรือสละไม้ของครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยพบว่ามีอายุเฉลี่ย 51.3 - 53.0 ปี มีความรู้สูงกว่าระดับประถมศึกษาซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยอธิบายว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองจึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค Stroke และรับฟังคำแนะนำได้ดี



ภาพที่ 1 (A และ B) แสดงการกระจายของค่า Utility จากการประเมินด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L และค่าคะแนน EQ-VAS ของผู้ป่วย Stroke กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม ($n = 71$) ตามลำดับ; (C และ D) แสดงการกระจายของค่า Utility และค่าคะแนน EQ-VAS ของผู้ป่วย Stroke กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ($n = 71$) ตามลำดับ



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-5D-5L (A) และค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-VAS (B) ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมของผู้ป่วย Stroke กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญอีกประการ คือ ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วย ≥ 8 ชั่วโมง ทำสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจจึงทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลทำให้ทราบปัญหาสำคัญเกี่ยวกับรายได้ต่อครัวเรือน ส่งผลให้มีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวและอารมณ์ของผู้ดูแลซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ผู้ป่วย Stroke ที่ลงทะเบียนเข้าร่วมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนผู้ชายและผู้หญิงใกล้เคียงกันเช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{41, 42} แม้ว่า Stroke สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศและทุกช่วงอายุแต่จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นหลัก ข้อมูลของสำนักงานทะเบียนโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยได้รายงานอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรค Stroke ทั้งแบบตีบหรืออุดตันคืออายุเฉลี่ย 65 ปี⁴³ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วย Stroke มีอายุเฉลี่ย 63-68 ปี ผู้ป่วย Stroke ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลความชุก

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ซึ่งพบว่าโรค Stroke พบได้บ่อยในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีอาการ คือ 65 ปี และประชากรไทยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการ Stroke คือ บุคคลที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน และมีภาวะไขมันในเลือดสูง มีภาวะเกี่ยวกับโรคเมตาบอลิซึมและภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว^{41, 42} ซึ่งผู้สูงอายุสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่มากขึ้นและผลลัพธ์ด้านลบเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการ Stroke สำหรับการรักษาแบบเฉียบพลันนั้นในประเทศไทยมีการใช้ยาละลายลิ่มเลือดอุดตันทางหลอดเลือดดำมานานกว่า 20 ปี ค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้รับการชดเชยจากระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ และการทำงานของระบบติดตามโรคหลอดเลือดสมองแบบเร็ว (Fast Track) จึงสามารถรับประกันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ทันทั่วทั้งที่ทั่วประเทศ¹⁷ ปัจจุบันหน่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นมาตรฐานการดูแลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับจังหวัด อย่างไรก็ตามวิธีการในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการฟื้นฟูตัวเป็นปกติของผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁷

ผลลัพธ์หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน มีผลทำให้ HRQoL ของผู้ป่วย Stroke เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีตัวชี้วัดดัชนี EQ-5D-5L และคะแนน EQ-VAS ของผู้ป่วย Stroke ที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึง HRQoL ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย Stroke ดังนั้นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลสามารถเพิ่ม HRQoL ของผู้ป่วย Stroke ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นการเสนอแนะให้มีการสนับสนุนการจัดการผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke ในชุมชนอย่างเป็นระบบมากขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่าก่อนได้รับโปรแกรมผู้ป่วย Stroke มีการกระจายของค่าดัชนีเฉลี่ย EQ-5D-5L และคะแนน EQ-VAS เป้าไปทางซ้าย (ภาพที่ 1A และ 1B) ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำ ในขณะที่หลังได้รับโปรแกรมพบว่ากระจายของค่าดัชนี EQ-5D-5L และคะแนน EQ-VAS เป้าไปทางขวา (ภาพที่ 1C และ 1D) ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ดังนั้น การเปรียบเทียบ HRQoL ของผู้ป่วย Stroke ก่อนและหลัง

ได้รับโปรแกรมเป็นการบ่งชี้ประสิทธิภาพของการให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากการติดตามหลังได้รับโปรแกรมในระยะเวลา 1 เดือนเท่านั้น สิ่งที่น่าสนใจคือการติดตาม HRQoL ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ในระยะเวลาสั้นขึ้นซึ่งอาจส่งผลที่ดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ยืนยันแนวทางเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรู้และการพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อเป็นการช่วยเหลือและป้องกันไม่ให้อาการกลับเป็นซ้ำเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ⁴⁴ นอกจากนี้ผลงานวิจัยนี้พบว่าการพัฒนาทักษะที่สำคัญให้กับผู้ดูแลตามสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละครั้งทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วย Stroke ได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง มีความเชื่อมั่นและให้ความสนใจในการฝึกทักษะมากยิ่งขึ้น มีแนวทางจากการสาธิตทักษะการดูแลต่าง ๆ เช่น การป้อนอาหารและการป้องกันการสำลัก การป้องกันแผลกดทับ การดูแลบาดแผล การป้องกันการล้ม และความคล่องตัว จากนั้นให้ผู้ดูแลมีการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองและประเมินผลพร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางที่ถูกต้องโดย ผู้วิจัยสามารถทดสอบความตระหนักของผู้ดูแลและแก้ไขข้อบกพร่องได้ในทันที โดยสามารถถามคำถามที่สงสัย และได้รับคำชมและกำลังใจ การศึกษาก่อนหน้าแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น^{17, 22, 45} คำอธิบายหนึ่งที่เป็นไปได้คือผู้ดูแลมีหน้าที่เสมือนพยาบาลที่ประจำประคองผู้ป่วยให้พ้นสภาพ โดยเฉพาะระยะการรักษาที่สำคัญ (3-6 เดือนหลังเกิดอาการ Stroke) ทำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีแรงบันดาลใจในการดูแลตัวเองและร่วมมือกับผู้ดูแลเพื่อให้ฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว การนำเสนอภาพและกรณีตัวอย่างผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตที่ได้รับการดูแลและหายดีเป็นปกติ และใช้แบบอย่างเชิงลบโดยยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ไม่สามารถฟื้นตัวและมีอาการแย่ลงจากภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพถาวรและสุดท้ายต้องเป็นผู้ป่วยติดเตียงเป็น

ตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจมากยิ่งขึ้นและให้การดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น^{15-17, 27, 30} ดังนั้น ความสำคัญของการใช้โปรแกรมเสริมทักษะแก่ผู้ดูแลที่มีผลต่อผู้ป่วยทำให้ HRQoL เพิ่มขึ้นในช่วงเวลา 1 เดือน ซึ่งหากไม่มีการส่งเสริมด้วยโปรแกรมอาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่พักฟื้นที่บ้านมี HRQoL ที่ลดต่ำลงในช่วง 3-6 เดือนแรก^{13, 46-48} และในทางตรงข้ามหาก HRQoL ของผู้ป่วย Stroke เพิ่มขึ้น โรคแทรกซ้อนและภาระของครอบครัวจะลดลงไปด้วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนเริ่มโปรแกรมทำได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากครอบครัวอยู่ในพื้นที่ชนบทและไม่สะดวกตามเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไขข้อจำกัดนี้โดยประสานงานกับอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านเพื่อนัดหมายวัน เวลากับผู้ดูแลก่อนเข้าไปดำเนินการเก็บข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพหน่วยปฐมภูมิและองค์กรร่วมควรจัดโปรแกรมสนับสนุนและส่งเสริมความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วย Stroke หลังเกิดอาการและได้รับการการพักฟื้นที่บ้านโดยการลงเยี่ยมที่บ้านและจัดให้มีการติดต่อติดตามผลและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อการฟื้นตัวที่ดีขึ้น
2. สามารถนำโปรแกรมในการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
3. ควรติดตามผลในระยะยาวเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วมรวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ช่วยดำเนินการวิจัยในชุมชนและโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ในการสนับสนุนการทําวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bai Y, Wang YL, Shantsila A, Lip GYH. The Global Burden of Atrial Fibrillation and Stroke: A Systematic Review of the Clinical Epidemiology of Atrial Fibrillation in Asia. *Chest*. 2017;152(4):810-20.
2. Iso H. Cardiovascular disease, a major global burden: Epidemiology of stroke and ischemic heart disease in Japan. *Glob Health Med*. 2021;3(6):358-64.
3. Rajsic S, Gothe H, Borba HH, Sroczynski G, Vujicic J, Toell T, et al. Economic burden of stroke: a systematic review on post-stroke care. *Eur J Health Econ*. 2019;20(1):107-34.
4. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(10):e146-e603.
5. Writing Group M, Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, et al. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics–2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2016;133(4):447-54.
6. Kim H, Kim JT, Lee JS, Kim BJ, Park JM, Kang K, et al. Golden Hour Thrombolysis in Acute Ischemic Stroke: The Changing Pattern in South Korea. *J Stroke*. 2021;23(1):135-8.
7. Davis C, Lockhart L. Update: Stroke guidelines. *Nurs Manage*. 2016;47(2):24-33; quiz 1.
8. Iosa M, Paolucci S, Antonucci G, Ciancarelli I, Morone G. Application of an Artificial Neural Network to Identify the Factors Influencing Neurorehabilitation Outcomes of Patients with Ischemic Stroke Treated with Thrombolysis. *Biomolecules*. 2023;13(2).
9. de Graaf JA, Kuijpers M, Visser-Meily J, Kappelle LJ, Post M. Validity of an enhanced EQ-5D-5L measure with an added cognitive dimension in patients with stroke. *Clin Rehabil*. 2020;34(4):545-50.
10. Golicki D, Niewada M, Buczek J, Karlinska A, Kobayashi A, Janssen MF, et al. Validity of EQ-5D-5L in stroke. *Qual Life Res*. 2015;24(4):845-50.
11. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Jayasinghe S, Arnold SM, Liyanage SN. Factors influencing pre-stroke and post-stroke quality of life among stroke survivors in a lower middle-income country. *Neurol Sci*. 2018;39(2):287-95.
12. Wu S, Wu B, Liu M, Chen Z, Wang W, Anderson CS, et al. Stroke in China: advances and challenges in epidemiology, prevention, and management. *Lancet Neurol*. 2019;18(4):394-405.
13. Mei YX, Zhang ZX, Wu H, Hou J, Liu XT, Sang SX, et al. Health-Related Quality of Life and Its Related Factors in Survivors of Stroke in Rural China: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *Front Public Health*. 2022;10:810185.
14. Ablewhite J, Nouri F, Whisker A, Thomas S, Jones F, das Nair R, et al. How do stroke survivors and their caregivers manage post-stroke fatigue? A qualitative study. *Clin Rehabil*. 2022;36(10):1400-10.
15. Chaiyawat P, Kulkantrakorn K. Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life: a randomized controlled trial. *Clin Neurol Neurosurg*. 2012;114(7):866-70.
16. Day CB, Bierhals C, Mocellin D, Predebon ML, Santos NO, Dal Pizzol FLF, et al. Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE) 1 year effect on the burden of family caregivers for older adults in Brazil: A randomized controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2021;29(1):56-65.
17. Pitthayapong S, Thiangtam W, Powwattana A, Leelacharas S, Waters CM. A Community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke Survivors in Thailand. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2017;11(2):150-7.
18. Bakas T, Austin JK, Okonkwo KF, Lewis RR, Chadwick L. Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *J Neurosci Nurs*. 2002;34(5):242-51.

19. Maeshima S, Ueyoshi A, Osawa A, Ishida K, Kunimoto K, Shimamoto Y, et al. Mobility and muscle strength contralateral to hemiplegia from stroke: benefit from self-training with family support. *Am J Phys Med Rehabil.* 2003;82(6):456-62.
20. Oupra R, Griffiths R, Pryor J, Mott S. Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health Soc Care Community.* 2010;18(1):10-20.
21. จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ, จันทน์ฉาย มณีวงษ์. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.* 2556;21(1):58-70.
22. Sheha E, Soultan A, Malk R, Elsherbeny E. Effect of a Planned Health Teaching on Improving Knowledge and Competence of Home Care Practice of Post Stroke Patient Among Caregivers' Achievement. *International Journal of Studies in Nursing.* 2020;5(2):51-69.
23. White K, Hanninen L, Valros A. Euthanasia and the rehabilitation of wildlife casualties in Finland: decision-making varies depending on the background education of the caregivers. *Front Vet Sci.* 2023;10:1207930.
24. Lutz BJ, Young ME. Rethinking intervention strategies in stroke family caregiving. *Rehabil Nurs.* 2010;35(4):152-60.
25. Boutros CF, Khazaal W, Taliani M, Sadier NS, Salameh P, Hosseini H. Factors associated with cognitive impairment at 3, 6, and 12 months after the first stroke among Lebanese survivors. *Brain Behav.* 2023;13(1):e2837.
26. Chen L, Xiao LD, Chamberlain D. Exploring the shared experiences of people with stroke and caregivers in preparedness to manage post-discharge care: A hermeneutic study. *J Adv Nurs.* 2022;78(9):2983-99.
27. Chinchai P, Sirisatayawong P, Jindakum N. Community Integration and Quality of Life: Stroke Survivors as Recipients of Rehabilitation by Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand. *Occup Ther Health Care.* 2020;34(3):277-90.
28. สายใจ จารุจิตร, รัตธี อร่ามศิลป์, วรณศิริ ประจันโน. Home Visit Model for Bedridden Patients Based on the Problems and Needs of Caregivers (in Thai). *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า.* 2562;30(1):54-68.
29. Sierakowska M, Klepacka M, Sierakowski SJ, Pawlak-Bus K, Leszczynski P, Majdan M, et al. Assessment of education requirements for patients with rheumatoid arthritis, based on the Polish version of the Educational Needs Assessment Tool (Pol-ENAT), in the light of some health problems - A cross-sectional study. *Ann Agric Environ Med.* 2016;23(2):361-7.
30. Day CB, Bierhals C, Santos NOD, Mocellin D, Predebon ML, Dal Pizzol FLF, et al. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. *Trials.* 2018;19(1):96.
31. Creasy KR, Lutz BJ, Young ME, Stacciarini JM. Clinical Implications of Family-Centered Care in Stroke Rehabilitation. *Rehabil Nurs.* 2015;40(6):349-59.
32. Hong SE, Kim CH, Kim EJ, Joa KL, Kim TH, Kim SK, et al. Effect of a Caregiver's Education Program on Stroke Rehabilitation. *Ann Rehabil Med.* 2017;41(1):16-24.
33. Somarkas AD, W.; Wacharasin, C. Factors influencing family caregivers' rehabilitation behavior for stroke patients. *JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH.* 2015;9(2):86-93.
34. Wei Q, Bai T, Chen Y, Ji G, Hu X, Xie W, et al. The Changes of Functional Connectivity Strength in Electroconvulsive Therapy for Depression: A Longitudinal Study. *Front Neurosci.* 2018;12:661.
35. Data center. ระบบติดตามการทำงานโรคหลอดเลือดสมอง (Data monitoring of Stroke). <https://rbhgoth/datacenter/monitoring/index.php>. 2566.

36. กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). 2560.
37. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis, 2nd Edition. New York: Harper and Row. 1967.
38. Makela S, Si Y, Gelman A. Bayesian inference under cluster sampling with probability proportional to size. *Stat Med*. 2018;37(26):3849-68.
39. Buchholz I, Janssen MF, Kohlmann T, Feng YS. A Systematic Review of Studies Comparing the Measurement Properties of the Three-Level and Five-Level Versions of the EQ-5D. *Pharmacoeconomics*. 2018;36(6):645-61.
40. 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.
41. Samuthpongton C, Jereerat T, Suwanwela NC. Stroke risk factors, subtypes and outcome in elderly Thai patients. *BMC Neurol*. 2021;21(1):322.
42. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. *J Stroke*. 2014;16(1):1-7.
43. Nilanont Y, Nidhinandana S, Suwanwela NC, Hanchaiphiboolkul S, Pimpak T, Tatsanavivat P, et al. Quality of acute ischemic stroke care in Thailand: a prospective multicenter countrywide cohort study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014;23(2):213-9.
44. Schwertfeger JL, Thuente L, Hung P, Larson SL. Post-discharge interventions to enhance coping skills for survivors of stroke and their caregivers: a scoping review protocol. *JBIM Evid Synth*. 2020;18(2):332-40.
45. Ugur HG, Erci B. The Effect of Home Care for Stroke Patients and Education of Caregivers on the Caregiver Burden and Quality of Life. *Acta Clin Croat*. 2019;58(2):321-32.
46. Kainz A, Meisinger C, Linseisen J, Kirchberger I, Zickler P, Naumann M, et al. Changes of Health-Related Quality of Life Within the 1st Year After Stroke-Results From a Prospective Stroke Cohort Study. *Front Neurol*. 2021;12:715313.
47. Kwon S, Park JH, Kim WS, Han K, Lee Y, Paik NJ. Health-related quality of life and related factors in stroke survivors: Data from Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) 2008 to 2014. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195713.
48. Yeoh YS, Koh GC, Tan CS, Tu TM, Singh R, Chang HM, et al. Health-related quality of life loss associated with first-time stroke. *PLoS One*. 2019;14(1):e0211493.

การพัฒนาศักยภาพของผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

Developing the potential of elderly care assistants in caring for the dependent elderly, Wang Taku Subdistrict, Mueang District, Nakhon Pathom Province.

Received: June 4,2024 ; Revised: June 8,2024 ; Accepted: June 9,2024)

ศิริช พียรรัตนวัฒน์¹

Siwat Piyarattanawat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกู อำเภอเมืองนครปฐม จำนวน 32 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) และทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก โดยรวมและรายข้อ ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด โดยก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) และทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก มีมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This study was quasi-experimental research. The objective is to study the potential of helpers taking care of dependent elderly people, Wang Taku Subdistrict, Mueang District, Nakhon Pathom Province and the model for developing the potential of helpers taking care of dependent elderly people, Wang Taku Subdistrict, Mueang District, Nakhon Pathom Province. The sample group consisted of 32 people helping to care for dependent elderly people in Wang Taku Subdistrict, Mueang Nakhon Pathom District. Data were collected from questionnaires. Data analyzed by Frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that the skills of assistants in taking care of the elderly according to their daily activities depend on their ability to carry out daily activities. Barthel ADL index and skills of assistants in caring for the elderly according to their main roles Overall and each item Before proceeding is at a moderate level After processing at the highest level. Before and after the operation There is a statistical significant difference at the .05 level. After the implementation of the skills of assistants in taking care of the elderly according to their daily activities according to their ability to carry out daily activities. Barthel ADL index and skills of assistants in caring for the elderly according to their main roles There are more than before the operation.

Keyword: potential development, Care Giver dependent elderly people, dependent elderly people

บทนำ

การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบ
สาธารณสุขที่ผ่านมา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้าน

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ประชากร นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยา กล่าวคือสภาพปัญหาสุขภาพเปลี่ยนจากโรคติดต่อเฉียบพลัน อนามัยมารดาและเด็ก และภาวะทุพโภชนาการ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ อันเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอันเนื่องจากชราภาพ ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวมักก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา¹

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ภายในปี 2568 นี้ จะมีผู้สูงอายุประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด กล่าวคือจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในประชากรทุก 3 คน การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงเป็นเรื่องสำคัญ ประกอบกับการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข 6,394,022 คน พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่ต้องได้รับการบริการด้านสุขภาพและสังคมประมาณ 1.3 ล้านคน²

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ และผู้มีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองบกพร่อง เป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ความจำเป็นด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้จึงต้องการมากกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ต้องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะกับการดูแลหรืออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระของผู้ป่วย ต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจการสร้างอาชีพและรายได้ รวมไปถึงการช่วยเหลือด้านการ ดูแลแก่ครอบครัว เป็นต้น¹

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า มีปัญหาที่สำคัญ 5 ประการคือ 1) ความเจริญทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีชีวิตรอดปลอดภัยมากขึ้น แต่กลายเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงมากขึ้นเช่นกัน และผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ (Aged

society) ในปี 2568 เป็นเหตุให้มีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ 2) แนวโน้มครอบครัวมีขนาดเล็กลง และมีการเคลื่อนย้ายคนในวัยแรงงานเข้าสู่เมืองหรือเดินทางไปต่างจังหวัดมีมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงขาดคนดูแล 3) โรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน จนผู้ป่วยพ้นขีดอันตรายแล้ว แต่ผู้ป่วยบางรายยังต้องการดูแลสุขภาพต่อเนื่องเพื่อป้องกันความพิการหรือฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างทันท่วงที ทำให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือเกือบปกติ แต่การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Inter (Intermediate Care) หรือการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟู (Subacute care) ยังขาดความชัดเจนและมาตรฐานในการดูแล 4) ถึงแม้จะมีระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care: COC) แต่ยังคงขาดระบบบริการที่ชัดเจนครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง กล่าวคือ ขาดมาตรฐานและคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่ชัดเจน 5) ระบบบริการปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กล่าวคือ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านมีปัญหาด้านบุคลากรและผู้ดูแล (care giver) giver) ที่ไม่เพียงพอทั้งยังขาดความรู้และทักษะ ขาดการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง³

เนื่องจากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกัน ก็มีปัญหาในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาว (Long Term Care) โดยมุ่งให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุข ตามชุดเชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เป็นการดูแลทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย ซึ่งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ เป็นผู้ที่ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ติดขัดใน

การเคลื่อนไหว จากสภาพร่างกายที่เสื่อมตามอายุ หรือจากโรคประจำตัว จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอื่น ๆ เพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ³

ผู้ให้การดูแล (caregiver) หมายถึงบุคคลที่ให้การดูแลด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การให้การดูแลด้าน basic activities daily living จนถึงการดูแลที่ซับซ้อนแก่ผู้ ได้รับการดูแล ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะการดูแล ได้แก่ 1) ผู้ให้การดูแลแบบเป็นทางการ (formal caregiver) เป็นผู้ที่ให้การดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อให้การดูแลผู้ได้รับการดูแลอย่างมีแบบแผนและเป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ หรือ พยาบาล เป็นต้น และเป็นการไป ให้บริการโดยมีการคิดค่าตอบแทน 2) ผู้ให้การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) เป็นผู้ที่ให้การดูแลที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมเพื่อให้การดูแล มัก เป็นญาติของผู้ที่ได้รับการดูแล หรือเรียกว่า family caregiver ได้แก่ สามีหรือภรรยา เป็นต้น ผู้ให้การดูแลมักจะฝึกฝนหรือเรียนการดูแลด้วยตนเอง และ ไม่ได้มีค่าตอบแทนเมื่อต้องให้การดูแล ผู้ให้การดูแลแบบไม่เป็นทางการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้การดูแลหลัก (primary caregiver) และผู้ให้การดูแลรอง (secondary caregiver) โดยผู้ให้การดูแลหลักจะให้การดูแลผู้ได้รับการดูแลเป็นส่วนใหญ่ตั้งแต่ผู้ได้รับการดูแลตื่นจนถึงเข้านอนโดยส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่ ร่วมกับผู้ได้รับการดูแล ในขณะที่ผู้ให้การดูแลรองจะมาช่วยผู้ให้การดูแลหลักดูแลผู้ได้รับดูแลแค่บางส่วน เท่านั้น เช่น มีหน้าที่พาผู้ได้รับการดูแลไปพบแพทย์ ตามนัด หรือมาดูแลผู้ได้รับการดูแลแทนผู้ให้การดูแลหลัก บางช่วงเวลาเท่านั้น เช่น ช่วงผู้ให้การดูแลหลัก ต้องการพักผ่อนหรือติดธุระไม่สามารถให้การดูแลได้ หรือบางครั้งผู้ดูแลรองอาจจะเป็นกลุ่ม formal caregiver ที่ผู้ให้การดูแลหลักจ้างมาเพื่อดูแลผู้ได้รับการดูแลในส่วนของการดูแลที่ผู้ให้การดูแลหลักให้การดูแลเองไม่ได้ เช่น การเปลี่ยนสายปัสสาวะ หรือ จ้าง formal caregiver มาให้มาดูแลผู้ได้รับการดูแล

แทนผู้ให้ดูแลหลักเป็นระยะเวลาสั้นในช่วงที่ผู้ให้การดูแลหลักต้องการการพักจากการดูแล นอกเหนือจากการดูแลจากผู้ให้การดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนด้านการดูแลจากชุมชน เช่น ได้รับการช่วยเหลือเรื่อง การดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำให้การดูแลมี ประสิทธิภาพมากขึ้น⁴

สำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของตำบลวัง ตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ได้ดำเนินการตาม แนวทางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ในการดำเนินงานพบว่า ยังขาดระบบบริการที่ชัดเจน ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง กล่าวคือ ขาด มาตรฐานและคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะ ยาวที่ชัดเจน เนื่องจากยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ขาดการบูรณาการ การดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลและขาดระบบสนับสนุน ที่ชัดเจน โดยเฉพาะปัญหา การขาดผู้ดูแล อันเป็นผล มาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปทำงานทำที่อื่นของสมาชิกวัย แรงงาน⁴

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยมี ความสนใจและเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัด นครปฐม เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ ช่วยเหลือดูแล ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถ ดำรงชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ สามารถเข้าถึงระบบ บริการ และสิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ ได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพ พัฒนาการทางกาย ใจ สังคม อย่าง ต่อเนื่องและเหมาะสม สนับสนุน ให้ญาติ ครอบครัว และคนในชุมชน เข้าร่วมจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม 2567 ถึง มีนาคม 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมืองนครปฐม
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมืองนครปฐม หมู่บ้านละ 4 คน จำนวน 8 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม มีกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถใน

การดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁵

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีทักษะมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีทักษะมาก
2.61 – 3.40	มีทักษะปานกลาง
1.81 – 2.60	มีทักษะน้อย
1.00 - 1.80	มีทักษะน้อยที่สุด

2.2 แบบประเมินทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁵

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีทักษะมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีทักษะมาก
2.61 – 3.40	มีทักษะปานกลาง
1.81 – 2.60	มีทักษะน้อย
1.00 - 1.80	มีทักษะน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ไขข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) แบบประเมินทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .883 แบบประเมิน

ทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก มีความเที่ยงเท่ากับ .812

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. จัดทำโครงร่างและเครื่องมือการวิจัย รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

2. นำเสนอโครงร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. ดำเนินการวิจัยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ดังต่อไปนี้

3.1 เก็บข้อมูลศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

3.2 ดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ดังต่อไปนี้

3.2.1 อบรมทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จำนวน 3 วัน

3.2.2 อบรมทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก จำนวน 3 วัน

3.3 เก็บข้อมูลศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม หลังการอบรม 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการวิเคราะห์กำหนดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ใช้ในการเปรียบเทียบระดับทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ผลการวิจัย

1. ศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

1.1 ทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยรวมและรายข้อ ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด

1.2 ทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก โดยรวมและรายข้อ ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกูน

อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมและกิจกรรมติดตาม Care Giver

3. ทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลักก่อนและหลังการดำเนินการ มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก มีมากกว่าก่อนการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ทักษะผู้ช่วยเหลือ	2.92	0.28	4.76	0.17	31	-23.832	.000	-1.99814	-1.68311
ทักษะผู้ช่วยเหลือตามบทบาทหลัก	2.89	0.27	4.75	0.16	31	-25.235	.000	-2.01303	-1.71197

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก โดยรวมและรายข้อ ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วิยะดา รัตนสุวรรณ ประลักษ์ โอภาส นันท์^๗ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับน้อย ดังนั้น จึงได้ดำเนินการจัดทำ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมและกิจกรรมติดตาม Care Giver^{7,8} สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ประเสริฐ สาวีรัมย์^๙ ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย

การพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ระยะเวลา 1 สัปดาห์ แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 4 วัน และภาคปฏิบัติ 3 วัน เนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย 1) การฟื้นฟูความรู้ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน สำหรับผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน 4) การสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ และ 5) การฝึกปฏิบัติเพิ่มทักษะในทุกด้านที่อบรมภาคทฤษฎี ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบสนับสนุนและเสริมพลังจากทีมพี่เลี้ยง และได้รับการกำกับติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.000$ ($t=10.193$, $p<0.001$) และมีคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.000$ ($t=20.397$, $p<0.001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรกำหนดให้มีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมอย่างเป็นรูปธรรม การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมซึ่งได้แก่ การพัฒนาทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแล

ผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และทักษะผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหลัก และควรกำหนดให้มีกิจกรรมติดตาม Care Giver อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).(2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด
2. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2559). ใช้กายภาพบำบัด เปลี่ยนผู้สูงอายุติดเตียง ดัดบ้าน เป็นติดสังคมแทน <https://www.hfocus.org/content/2016/06/12304>
3. พิรภัทร์ วัฒนวนาพงษ์ และ ศิวีโลห์ วรรัตน์วิจิตร. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพของผู้ดูแล อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์, 14(1), 123-137.
4. ศิริพันธุ์ สาสัถย์.(2564). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่บอบช้ำและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. Best, John W.1981. Research in Education. 4 rd ed. Englewood.Cliff, N.J. : Prentice Hall.
6. วิยะดา รัตนสุวรรณ ปะราลี โอภาสนันท์.(2561). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 11(4). 156 - 174
7. ศิริพันธุ์ สาสัถย์.(2555). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาว: คุณภาพการดูแลและความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล. โครงการพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2554 คลัสเตอร์สังคมผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. พิชญานนท์ งามเฉลียว.(2564). การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care). 2564. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2564[https://meded.psu.ac.th/binla/class04/388_441/Home_Health_Care/index.html]
9. ประเสริฐ สาวิรัมย์.(2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 16(1). 86-100

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรคในจังหวัดชัยนาท Development of guidelines for surveillance, prevention and control to end the spread of tuberculosis in Chainat Province.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 8,2024 ; Accepted: June 9,2024)

มนตรี ทองค้าย¹

Montri Nongkhai¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคในจังหวัดชัยนาท 2) ศึกษาและวิเคราะห์แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคของจังหวัดชัยนาท 3) พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคของจังหวัดชัยนาท เก็บข้อมูลจากการสนทนาแบบกลุ่ม (focus group discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) กำหนดกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสนทนากลุ่มนำเสนอข้อมูลเป็นความเรียง (Descriptive Analysis) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอดของกองวัณโรคที่ประยุกต์ให้เป็นรูปแบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรคในจังหวัดชัยนาท กำหนดให้เน้นการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน ด้วยการใช้แบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด ของกองวัณโรค ซึ่งประยุกต์ให้เป็นรูปแบบออนไลน์ มาใช้ในการคัดกรอง สร้างรูปแบบการบันทึกข้อมูลผ่าน Google form สำหรับการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ นำผู้ที่มีคะแนนประเมินตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป เข้าสู่การตรวจที่โรงพยาบาลในเครือข่ายผ่านการนัดอย่างเป็นระบบ ดำเนินการขึ้นทะเบียนเมื่อวินิจฉัยเป็นวัณโรค เข้าสู่กระบวนการรักษาติดตาม และรายงานตามระบบ ตลอดจนมีการนัดหมายติดตามอาการ กรณีตรวจไม่พบวัณโรค กำหนดเป้าหมายการคัดกรองประชาชนทุกกลุ่มไม่เฉพาะเจาะจงใน 7 กลุ่มเสี่ยง ตามผลการศึกษาที่พบว่าผู้ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด เป็นกลุ่มที่อยู่นอก 7 กลุ่มเสี่ยง จำนวน 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.63 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทั้งหมด

คำสำคัญ : แนวทางการเฝ้าระวัง การแพร่กระจาย วัณโรค

Abstract

This research is a participatory action research study with the aims to 1) study and analyze the tuberculosis situation in Chainat Province. 2) study and analyze guidelines for surveillance, prevention, and control of tuberculosis in Chainat Province. 3) develop Surveillance guidelines prevention and control of tuberculosis in Chainat Province Data were collected using the pulmonary tuberculosis symptom screening form of the Tuberculosis Division, which was adapted into an online format. Data were analyzed using descriptive and content statistics.

The results of the study found that Guidelines for surveillance, prevention, and control to end the spread of tuberculosis in Chainat Province. Set to emphasize proactive action in the community by using the screening for suspected pulmonary tuberculosis symptoms of the Tuberculosis Division, which has been adapted into an online format. Create a data collected form via Google Form. Bring those with an assessment score of 3 or more to be examined at hospitals in the network through systematic appointments. Registration is carried out when diagnosed with tuberculosis, follow-up treatment process and report system as well as making appointments to follow up in the case of tuberculosis is not detected. Target screening of all groups of people, not specific to the 7 risk groups. According to the results of the study, it was found that there were people diagnosed with pulmonary tuberculosis. There were 127 cases outside the 7 risk groups, accounting for 51.63 percent of all diagnosed patients.

Keywords: Guidelines for surveillance, The spread, Tuberculosis

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในหลายๆ ประเทศทั่วโลก และของประเทศไทย โดยปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกจัดลำดับประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีภาระวัณโรคสูงทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยา หลายขนาน (MDR-TB) และคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 120,000 รายต่อปี ประเทศไทยมีอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก 1.3 เท่า มีผู้ป่วยที่ตรวจพบและรายงานร้อยละ 59 ของที่คาดประมาณเท่านั้น ซึ่งสะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเข้าถึงการรักษาล่าช้าหรือเข้าไม่ถึง ทำให้แพร่กระจายเชื้อในชุมชน¹ การจะบรรลุเป้าหมาย SDGs และ End TB ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการดำเนินงานในทิศทางใหม่เพื่อสามารถยุติปัญหาวัณโรคอย่างจริงจัง โดยสาระสำคัญของยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 – 2564 คือ การเร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอนุชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดี เพื่อลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคลงร้อยละ 12.5 ต่อปี จาก 171 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 ให้เหลือ 88 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2564

จากโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP) ย้อนหลัง พบว่าในปี พ.ศ. 2564 และในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดชัยนาทมีผู้ป่วยรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยนอกกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 12 ราย และจำนวน 16 ราย ตามลำดับ ซึ่งการพบผู้ป่วยรายใหม่นอกเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรอง แสดงให้เห็นว่า วัณโรคยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ แม้ว่าแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรคในจังหวัดชัยนาท จะเริ่มต้นด้วยการดำเนินการ

ค้นหาผู้ป่วยด้วยการคัดกรองความเสี่ยง มุ่งเน้นประชาชนในกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เมื่อพบความเสี่ยงแล้วมีระบบการนำผู้ป่วยเข้าสู่การตรวจเพิ่มเติมเป็นระบบได้แก่ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกและเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อ (AFB) เมื่อพบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอก ประกอบกับผลตรวจเสมหะพบเชื้อ ก็สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาติดตาม หากผลตรวจเสมหะให้ผลลบกำหนดให้มีการส่งตรวจอณูชีววิทยา (GeneX-pert) ร่วมด้วย^{2,4} หากผลตรวจพบเชื้อก็สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาติดตามได้เลย ซึ่งการส่งตรวจอณูชีววิทยา (GeneX-pert) มีความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 99 และสามารถเพิ่มการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดได้มากกว่าวิธีตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ประมาณร้อยละ 20 แต่หากกรณีผลตรวจเสมหะ (AFB) และอณูชีววิทยา (GeneX-pert) ไม่พบเชื้อ แพทย์ผู้รักษาก็จะใช้ดุลพินิจประกอบกับอาการแสดงที่ปรากฏรักษาผู้ป่วยแบบเสมหะลบหรือส่งตรวจด้วยวิธีอื่นตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

แม้ว่าแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรคในจังหวัดชัยนาท มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจน แต่ยังพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ย่อยนอกกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ามารับการรักษาในหน่วยบริการ รูปแบบการคัดกรองแบบเดิม ยังไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยเพื่อนำเข้าสู่การรักษาได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพียงพอจากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรคในจังหวัดชัยนาท ให้สามารถเพิ่มการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน สามารถนำเข้าสู่การขึ้นทะเบียนรักษา เข้าสู่กระบวนการติดตามได้อย่างทันทั่วถึง เพื่อบรรลุเป้าหมายยุติการแพร่ระบาดของวัณโรคตามแผนยุทธศาสตร์การยุติวัณโรคแห่งชาติได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคในจังหวัดชัยนาท

2. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคของจังหวัดชัยนาท
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุมวัณโรคของจังหวัดชัยนาท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ยึดหลักแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart⁵ คือ การวางแผน(Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผลจากการปฏิบัติ (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ร่วมกับการนำเสนอผลการวิจัยคืนข้อมูลสู่พื้นที่ที่เข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาด การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคในจังหวัดชัยนาท โดยใช้โมเดลหัวหอม “The Onion Model”⁶วิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในจังหวัดชัยนาท โดยยึดหลักระบาดวิทยา ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเชื้อโรค ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันวัณโรคที่พัฒนาขึ้น ลงสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 สรุป ประเมินผลรูปแบบการ ดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันวัณโรคที่พัฒนา และสะท้อนผลการดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยกำหนดประชากรที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงาน วัณโรคของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุข อำเภอและผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของสาธารณสุข อำเภอทุกอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของกลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง จำนวน 83 คน

2. ประชากรจังหวัดชัยนาทครอบคลุมทุกอำเภอ ในพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของประชากรภาพรวม จังหวัด ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดเกณฑ์ คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) โดยเป็นผู้ที่อยู่ใน 7 กลุ่มเสี่ยงตาม แนวทางของกองวัณโรคและนโยบาย และนอกกลุ่มเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสนทนากลุ่มในรูปแบบกึ่ง โครงสร้าง (Semi-Structured Interview) แบบ ปลายเปิด (Open-End Question) การประชุมกลุ่ม (focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) เพื่อหาแนวทางพัฒนารูปแบบการ ดำเนินงาน และการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำ รูปแบบการดำเนินการ

2. แบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด ของ กองวัณโรค กรมควบคุมโรค⁷ ประยุกต์ให้เป็นรูปแบบ ออนไลน์ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ – สกุล เพศ อายุ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ประเภทกลุ่มเสี่ยง ส่วนที่ 2 ข้อคำถามอาการสงสัยวัณ โรค 6 ข้อ เลือกตอบว่า มี – ไม่มี และให้คะแนนตาม อาการ หากมีคะแนนรวมมากกว่า หรือเท่ากับ 3 คะแนน ถือว่ามีอาการสงสัยวัณโรค จากนั้นจะได้รับการตรวจ เอกซเรย์ปอด ส่งตรวจเสมหะ บันทึกลงในส่วนที่ 2 และ สรุปผลการวินิจฉัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย คัดคว้า/สืบค้น ศึกษาข้อมูลจากตำรา งาน วิทยานิพนธ์ วารสารที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนรายงานข้อมูล วัณโรคของประเทศจากโปรแกรมรายงาน จากรายงาน สรุปตรวจราชการ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคใน จังหวัดชัยนาท ประสานติดต่อผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการ ขอสัมภาษณ์เชิงลึกและเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ชี้แจงความเข้าใจกับทีมสุขภาพระดับโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัด เพื่อ

ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแนวทางการดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสนทนากลุ่มนำเสนอข้อมูลเป็นความเรียง (Descriptive Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

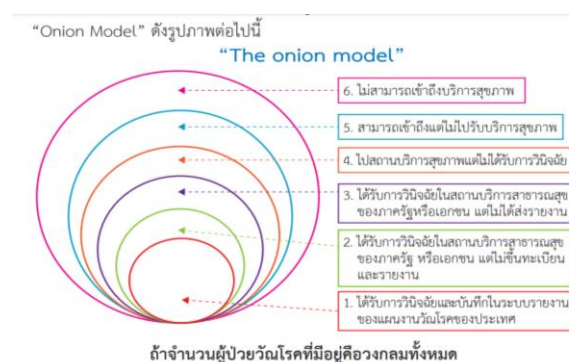
จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ตามหนังสือรับรองเลขที่ 014 /2565 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา

1. ผลวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในจังหวัดชัยนาท จากข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรมรายงานข้อมูลโรคของประเทศ : NTIP จากรายงานสรุปตรวจราชการประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท จากข้อมูลบันทึกจากผู้รับผิดชอบงาน และจากรายงานการขึ้นทะเบียนรักษาโรค พบว่า มีรายงานผู้ป่วยขึ้นทะเบียนในปี พ.ศ. 2564 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 92 ราย คิดเป็น 128.1 ต่อแสนประชากร โดยเป็นผู้ป่วยนอกกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองถึง 12 ราย และในปี พ.ศ. 2565 จากประชากรของจังหวัดจำนวน 325,530 คน สามารถคัดกรองได้ 15,929 คน ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยได้ 259 คน คิดเป็น 79.56 ต่อแสนประชากร จากเป้าหมายที่ควรจะมีผู้ป่วยที่ 150 ต่อแสนประชากร หรือ 488 คน โดยเป็นผู้ป่วยนอกกลุ่มเสี่ยง จำนวน 16 ราย เมื่อใช้กรอบในการวิเคราะห์จาก The Onion Model ซึ่งมีการแบ่งช่องว่าง (Gap) ของผู้ป่วยไว้ 6 กลุ่มคือ (1) ได้รับการวินิจฉัยและบันทึกในระบบรายงานของประเทศ (2) ได้รับการวินิจฉัยในสถาน

บริการทั้งภาครัฐและเอกชนแต่ไม่ขึ้นทะเบียนและรายงาน (3) ได้รับการวินิจฉัยในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนแต่ไม่ได้ส่งรายงาน (4) ไปสถานบริการสุขภาพแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย (5) สามารถเข้าถึงแต่ไม่ไปรับบริการสุขภาพ (6) ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่ายังมีผู้ป่วยหรือสงสัยป่วยโรค อยู่นอกระบบการคัดกรองด้วยวิธีการคัดกรองในปัจจุบัน อยู่ในกลุ่มที่ 4 ไปสถานบริการสุขภาพแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย กลุ่มที่ 2 สามารถเข้าถึงแต่ไม่ไปรับบริการสุขภาพ และกลุ่มที่ 6 ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ตาม The Onion Model (ภาพประกอบที่ 1)



ภาพที่ 1 The Onion Model

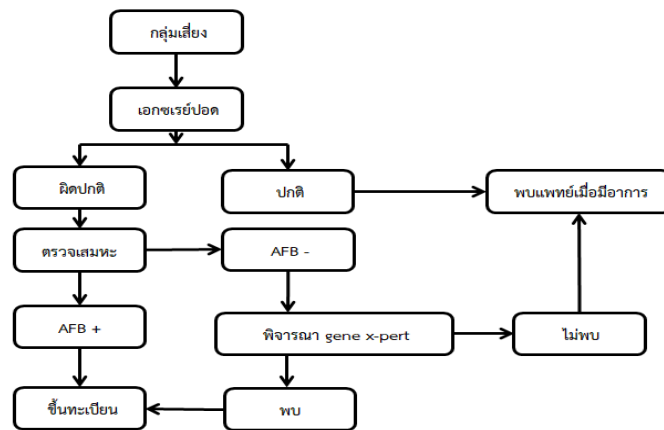
2. ผลวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติในปัจจุบันของการดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคของจังหวัดชัยนาท พบว่าแนวทางการคัดกรองที่ดำเนินการเป็นการคัดกรองแบบตั้งรับในสถานบริการ เน้นในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีอาการเป็นส่วนใหญ่ โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก กรณีผิดปกติจะมีการเก็บเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อ (AFB) หากผลตรวจเสมหะพบเชื้อเป็นบวก จะเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป ส่วนประชากรนอกกลุ่มเสี่ยงจะไม่ได้รับการคัดกรอง จะได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ต่อเมื่อมีอาการชัดเจน

3. การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคจังหวัดชัยนาท กำหนดให้เน้นการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน ด้วยการใช้ 1) แบบคัดกรองอาการสงสัยโรคปอด⁷ ซึ่งประยุกต์ให้เป็นรูปแบบ

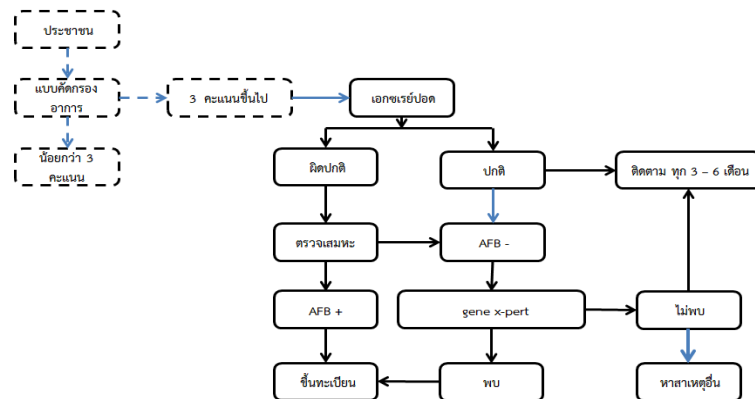
ออนไลน์ มาใช้ในการคัดกรอง 2) สร้างรูปแบบการบันทึกข้อมูลผ่าน Google form สำหรับการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ 3) นำผู้ที่มีคะแนนประเมินตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป เข้าสู่การตรวจที่โรงพยาบาลในเครือข่าย

ผ่านการนัดอย่างเป็นระบบ 4) ดำเนินการขึ้นทะเบียนเมื่อวินิจฉัยเป็นวัณโรค เข้าสู่กระบวนการรักษาติดตามและรายงานตามระบบ 5) นัดหมายติดตามอาการ กรณีตรวจไม่พบวัณโรค

แนวทางเดิม ตั้งรับ



รูปแบบใหม่ เชิงรุก



ภาพประกอบที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันวัณโรคจังหวัดชัยนาท แบบเดิมและรูปแบบใหม่

4. ผลการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด ด้วยแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอดซึ่งประยุกต์ให้เป็นรูปแบบออนไลน์ พบว่า จากข้อมูลประชากรกลางปี ณ 1 กรกฎาคม 2565 จังหวัดชัยนาท มีประชากร 319,274 คน ได้รับการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค จำนวน 92,034 คน คิดเป็นร้อยละ 28.82 ของประชากรทั้งหมด ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดชัยนาท จำแนกเป็นเพศ

ชาย 39,568 คน เพศหญิง 52,466 คน คิดเป็นร้อยละ 42.99 และ 57.01 ตามลำดับ หากจำแนกตามกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางของกองวัณโรคและนโยบาย จะพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม จำนวนมากที่สุด จำนวน 30,828 คน คิดเป็นร้อยละ 33.50 รองลงมาคือผู้ป่วยเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 2.23 และผู้สัมผัสร่วมบ้าน คิดเป็นร้อยละ 0.95 และมีประชาชนที่ได้รับการ

คัดกรอง นอก 7 กลุ่มเสี่ยงจำนวน 57,566 คน คิดเป็นร้อยละ 62.55 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด จากผลคะแนนประเมินข้อคำถามอาการสงสัยวัณโรค กลุ่มที่มีความเสี่ยงโดยมีตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป มีจำนวน 909 คน คิดเป็นร้อยละ 0.99 และไม่มีความเสี่ยงคือ คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน มีจำนวน 91,125 คน คิดเป็นร้อยละ 0.99 เมื่อจำแนกผู้ที่มีความเสี่ยงจะพบว่า อยู่ใน 7 กลุ่มเสี่ยงจำนวน 478 คน คิดเป็นร้อยละ 52.59 และอยู่นอก 7 กลุ่มเสี่ยงจำนวน 431 คน คิดเป็นร้อยละ 47.41 กลุ่มที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจเอกซเรย์ จำนวน 729 คน คิดเป็นร้อยละ 80.20 และยังไม่ได้รับการเอกซเรย์ปอดอีก 180 คน คิดเป็นร้อยละ 19.80 กลุ่มที่ได้รับการเอกซเรย์ปอดแล้ว พบความผิดปกติ 310 คน คิดเป็นร้อยละ 42.52 จำแนกเป็นเพศชาย 231 คน เพศหญิง 79 คน คิดเป็นร้อยละ 74.5 และ 22.5 ตามลำดับ ของผู้ที่มีความเสี่ยงที่ได้รับการเอกซเรย์ทั้งหมด

เมื่อผลเอกซเรย์ ปอดพบความผิดปกติ จำเป็นต้องส่งตรวจเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรค (AFB) 3 ครั้ง ซึ่งไม่สามารถเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อ ได้จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.48 และสามารถเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อได้ จำนวน 293 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.52 ซึ่งในกลุ่มนี้พบผลตรวจเสมหะพบเชื้อเป็นลบ จำนวน 112 ราย ผลตรวจเสมหะพบเชื้อเป็นลบ 181 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.13 และ 58.39 ตามลำดับ กลุ่มที่ผลตรวจเสมหะพบเชื้อเป็นลบ สามารถวินิจฉัยและเริ่มการรักษาตามมาตรฐานได้เลย โดยในกลุ่มที่ผลตรวจเสมหะพบเชื้อเป็นลบ จะพิจารณาส่งตรวจ gene expert เพิ่มเติมโดยพบว่ากลุ่มที่ผลตรวจเสมหะพบเชื้อเป็นลบ มีจำนวน 181 ราย แต่มีการส่งตรวจ gene expert ถึง 227 ราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา ผลตรวจพบเชื้อ จำนวน 145 ราย ไม่พบเชื้อ จำนวน 82 ราย

จากผู้ได้รับการคัดกรอง จำนวน 92,034 ราย พบว่ามีความเสี่ยงจำนวน 909 ราย ได้รับการตรวจเอกซเรย์ปอดจำนวน 729 ราย พบความผิดปกติและ

นำไปสู่การวินิจฉัย ขึ้นทะเบียน รักษาวัณโรค จำนวน 246 ราย คิดเป็น ร้อยละ 79.35 และมีกลุ่มนัดติดตามอาการ จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.65 จำแนกตามความเสี่ยงของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอดพบว่า เป็นกลุ่มที่อยู่นอก 7 กลุ่มเสี่ยง จำนวน 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.63 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทั้งหมด ดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรจำแนกตามความเสี่ยงของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด

ความเสี่ยง	วัณโรคปอด	นัดติดตามอาการ
ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วย	24	0
ผู้เคยถูกคุมขัง	6	5
บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	0	0
ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ	11	2
ผู้ป่วยเบาหวาน	55	0
ผู้สูงอายุ	23	29
แรงงานข้ามชาติ	0	0
นอก 7 กลุ่มเสี่ยง	127 (ร้อยละ 51.63)	28
รวม	246	64

5. เปรียบเทียบระหว่างจำนวนประชากรนอก 7 กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอดกับและประชากรที่ได้รับการวินิจฉัย ขึ้นทะเบียน รักษาวัณโรคทั้งหมด พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยนอกกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.04 ในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยนอกกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.18 และจากการศึกษาครั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยนอกกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยจำนวน 124 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.63

สรุปและอภิปรายผล

สาระสำคัญของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560- 2664 ยุทธศาสตร์ ที่ 1

เร่งค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุม โดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย โดยการคัดกรองด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอนุชีววิทยา¹ แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดในพื้นที่ห่างไกลซึ่งประชาชนมักไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการคัดกรองโรค ประกอบกับโรงพยาบาลชุมชนมักไม่มีเครื่องถ่ายภาพรังสีทรวงอกแบบเคลื่อนที่เพื่อออกหน่วยคัดกรองวัณโรคได้ ทั้งยังไม่มีเทคโนโลยีช่วยในการแปลผลภาพถ่ายรังสี ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินงานคัดกรองวัณโรคในพื้นที่

จากผลการศึกษาซึ่งมีแนวทางการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันวัณโรคจังหวัดชัยนาท มีการนำแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด ของกองวัณโรคมาใช้ โดยมีประยุกต์ให้เป็นรูปแบบออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริหญิง ทิพศรีราช ,ทรงยศ คำชัย และคณะ⁸ ได้พัฒนารูปแบบการค้นผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เขตเมือง โดยการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองตามแบบคัดกรองของ กรมควบคุมโรค โดยแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคปอด คือ ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป⁹ และการเน้นการดำเนินการเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น ส่งผลให้สามารถค้นหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, วิโรจน์ วรรณภีระ, วาสนา เกตุมะ¹⁰ ได้ระบุไว้ว่าแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอดมีความไวร้อยละ 50 ความจำเพาะร้อยละ 99.83 ค่าทำนายผลบวกร้อยละ 16.67 ค่าทำนายผลลบร้อยละ 99.96 โดยสรุปแม้ว่าแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคจะมีความสะดวก ง่ายต่อการใช้งานและมีค่าความจำเพาะสูงมาก แต่มีค่าความไวค่อนข้างต่ำจึงไม่เหมาะกับการค้นหาผู้ป่วยแบบเข้มข้น (intensive case finding) ในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีอาการสงสัยวัณโรคโดยการตั้งรับที่สถานบริการสาธารณสุข สอดคล้องกับ สุธิดา อิศระ,อรสา กงตาล¹¹ ระบุว่าต้องเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังเชิงรุกทั้งในชุมชนและในสถานบริการสาธารณสุข

ดังนั้นจากการศึกษานี้จะพบว่าการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการ

แพร่กระจายของวัณโรคในจังหวัดชัยนาท เริ่มต้นด้วยการดำเนินการเชิงรุกในการค้นหาผู้ป่วยด้วยแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด มุ่งเน้นประชาชนทั้งในและนอกกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เมื่อพบอาการสงสัยวัณโรคแล้วมีการนำผู้ป่วยเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบ ซึ่งการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการการคัดกรองมากขึ้น เป็น 92,034 ราย พบผู้ป่วยรายใหม่มากขึ้น เป็น 246 ราย คิดเป็น 82.14 ต่อแสนประชากร และยังพบผู้ป่วยที่อยู่นอก 7 กลุ่มเสี่ยงถึง 127 ราย สะท้อนว่ายังมีผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่ยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยแต่สามารถแพร่กระจายเชื้ออยู่ได้ ทำให้ไม่สามารถยุติปัญหาวัณโรคได้ในที่สุด ทั้งนี้การศึกษารังนี้ยังพบข้อจำกัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) เมื่อคัดกรองพบว่ามีอาการสงสัยวัณโรคแล้ว ประชาชนยังไม่พร้อมมารับการตรวจภาพรังสีทรวงอก หรือไม่พร้อมส่งเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อ 3 ครั้ง ดังนั้น หากมีเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ พร้อมปัญญาประดิษฐ์เพื่อช่วยแปลผลภาพรังสีจะช่วยให้การดำเนินงานสะดวก รวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น 2) จากผลลัพธ์จำแนกตามกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองจะพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนมากที่สุด กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและบุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนน้อยเพราะเป็นการดำเนินการเชิงรุกในชุมชนกลุ่มที่ไม่มีอาการ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือโรคร่วมอื่นๆ ที่เข้ารับบริการตามนัดเป็นประจำและบุคลากรสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติหน้าที่อยู่ในสถานบริการจึงไม่ได้รับการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคด้วยแบบคัดกรองนี้ เพราะได้รับการคัดกรองในรูปแบบปกติในหน่วยบริการอยู่แล้ว 3) ประชาชนกรอกข้อมูลส่วนตัวผิดพลาด เช่น อายุ เพศ ไม่สัมพันธ์กัน จึงไม่สามารถนำข้อมูลส่วนนั้นมาวิเคราะห์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อประโยชน์ต่อประชาชนทุกกลุ่ม หากสามารถต่อยอดพัฒนาแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค

ปอดนี้ให้อยู่ในรูปแบบแอปพลิเคชัน หรือส่วนหนึ่งของ
หมอพร้อมออนไลน์ให้ประชาชนสามารถประเมินตนเอง
ได้จะเกิดประโยชน์อย่างสูง

2. เมื่อประเมินตนเองแล้ว ให้ปรากฏคำแนะนำ
การดูแลตนเอง และช่องทางการตรวจเพิ่มเติม โดย
สามารถเชื่อมกับระบบการนัดหมายเข้ารับบริการใน
ระบบปกติได้

3. รูปแบบรายงานทั้งระบบควรเชื่อมโยงข้อมูล
จากระบบปฏิบัติการของหน่วยบริการ แทนการกรอก
ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อลดภาระงานและความซ้ำซ้อน
ผิดพลาดของข้อมูลจากการกรอกด้วยบุคคล

4. ควรต่อยอดการวิจัยเพื่อศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่อยู่นอก 7 กลุ่มเสี่ยงปกติเพื่อจะได้เข้าใจปัจจัยการก่อโรค

นำสู่แนวทางการคัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกัน ตลอดจน
การติดตามเพื่อยุติปัญหาการแพร่กระจายของวัณโรค

5. ควรมีการปรับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการคัด
กรองให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา ปัจจัยความเสี่ยงที่
สัมพันธ์กับการเกิดโรค

6. ควรมีการสนับสนุนเครื่องมือตรวจที่จำเป็น
เช่น เครื่องถ่ายภาพรังสีเคลื่อนที่ ปัญหาประดิษฐ์ในการ
แปลผลภาพถ่าย หรือชุดตรวจคัดกรองอื่นที่ง่าย สะดวก
รวดเร็ว ให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ห่างไกลหรือหน่วย
บริการในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง
กระบวนการคัดกรองได้อย่างสะดวก จะทำให้สามารถ
ดำเนินการยุติปัญหาวัณโรคได้เร็วยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 . กรุงเทพมหานคร: กองวัณโรค; 2560.
2. สุพร กาวินา สม.,การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ติดสุรา.วารสารวิชาการ สาธารณสุข 2560; 26(3) 561-570
3. Systematic screening for active tuberculosis : anoperational guide. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. กองวัณโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.แนวทางบริหารจัดการและการปฏิบัติทางห้องปฏิบัติการด้าน วัณโรค. กรุงเทพมหานคร: กองวัณโรค; 2562.
- 5.Kemmis S.Action research as a practice-based practice. Educational Action Research. 2009; 17(3): 463-74.
6. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสอบสวนและควบคุม วัณโรค. กรุงเทพมหานคร: สำนักวัณโรค; 2564.
7. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสอบสวนและควบคุม วัณโรค. กรุงเทพมหานคร: สำนักวัณโรค; 2564.
8. สิริหญิง ทิพศรีราช ,ทรงยศ คำชัย และคณะ. การพัฒนารูปแบบการค้นหาวัณโรคในพื้นที่เขตเมือง โดยการประเมิน ความเสี่ยงด้วยตนเอง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10จังหวัดอุบลราชธานี . 2565; 20(2): 84-96
9. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา . 2” กรุงเทพมหานคร : อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
10. ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง.การคัดกรองวัณโรคปอดในกลุ่มเสี่ยง และประสิทธิภาพของแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค. พุทธชินราชเวชสาร 2018; 35(3) :394-400
- 11.สุธิดา อิศรา,อรสา กงตาล.การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในชุมชนเขตเมือง กรณีศึกษา ในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563; 40(2); 148-162

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วย ระยะท้ายโรคมะเร็ง

The Effect of a positive empowerment program based on spiritual well-being among primary caregivers of terminal cancer patients.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 8,2024 ; Accepted: June 9,2024)

กรรธิมา ฝาระมี¹

Kanthima Faramee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง 2) เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวกันวัดผลก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมจำนวน 33 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินสุขภาพจิต General Health questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยสถิติ Dependent pair sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า ระดับสุขภาพจิตโดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนระดับน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนระดับมาก ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งโดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับน้อย หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

คำสำคัญ : การเสริมพลังทางบวก, ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, ผู้ดูแลหลัก

Abstract

The objectives of this research were to: 1. Study the level of mental health, quality of life, and spiritual well-being in primary caregivers of terminally ill patients with cancer. and after participating in the positive reinforcement program on the spiritual well-being of primary caregivers of terminally ill cancer patients. 2. Compare the effects of using the positive reinforcement program on the spiritual well-being of primary caregivers. terminally ill with cancer It is a Quasi-experimental research design of the same group, and One group pre-post test design sample group 33 caregivers of terminally ill cancer patients were admitted as patients at Thatphanom Crown Prince Hospital. The instrument used was a general information questionnaire for caregivers of terminally ill cancer patients. Mental health assessment form General Health questionnaire Thai version (Thai GHQ-28). Quality of life assessment form. (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed using descriptive statistics. Frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation Test for differences in mean scores on mental health, quality of life, and spiritual well-being using Dependent pair sample t-test statistics.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

The results of the research found that the overall mental health level Before joining the program Has a low rating value After joining the program Has a high rating value Overall quality of life level Before joining the program, the average score was low. After joining the program Has a high average score and overall level of spiritual well-being in primary caregivers of terminally ill cancer patients. Before joining the program, the level was low. After participating in the program, it was at a high level. When comparing the average values of mental health, quality of life, and spiritual well-being Before and after receiving the positive empowerment program for the spiritual well-being of primary caregivers in terminally ill cancer patients, it was found that after receiving the experimental program has a higher average than before receiving the trial program Statistically significant at $P < 0.05$.

Keyword: positive empowerment, spiritual well-being, primary caregiver

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี 2565 พบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึง 10 ล้านคน ซึ่งมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น 18.1 ล้านรายต่อปี อีก 18 ปีข้างหน้า (ปี 2583) ผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 29.30 ล้านรายต่อปี โรคมะเร็งที่พบบ่อยและถูกจัดลำดับมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งผิวหนัง ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามแม้มะเร็งเต้านมจะพบจำนวนสูงสุดแต่กลับไม่ใช่สาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ โรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์ของการเสียชีวิตมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ¹ ในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2560 – 2564 จำนวน 88,462 87,323 76,720 78,692 และ 64,985 ตามลำดับ ในปี 2564 ศูนย์สุขภาพเขต 8 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 6,130 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งประเทศ² จากข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองทั้งหมดในปี 2562, 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวน 396, 436, 431 และ 540 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งหมดที่รักษาแบบประคับประคองจำนวน 309, 314, 337 และ 354 และในปี 2566 มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 371 ราย ซึ่งถือ

ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข³

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เฉพาะทางว่าเป็นมะเร็ง แพทย์จะทำการตรวจหาเซลล์มะเร็งเพื่อทราบระยะของโรค เพื่อการวางแผนรักษาซึ่งมีหลายวิธีดังเช่น การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา เคมีบำบัด การบำบัดด้วยระบบภูมิคุ้มกันบำบัด หรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด เป็นต้น ในผู้ป่วยบางรายที่เซลล์มะเร็งเข้าสู่ระยะลุกลามจนยากต่อการรักษาหรือได้รับการจนสิ้นสุดกระบวนการแล้วแต่ผลสัมฤทธิ์อาจไม่เป็นดังที่คาดหวังไว้ แพทย์อาจพิจารณาปรับแผนการรักษาแบบประคับประคองเพื่อรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีที่สุด ซึ่งจะเป็นทางเลือกที่ดีต่อการรักษาสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ยาวนานที่สุดทราบเท่าที่อาการของโรคจะลุกลาม และทำลายเซลล์ต่างๆ ในระบบร่างกายจนไม่สามารถทำงานได้ดังภาวะปกติ ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะลุกลามอาจต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ ความทุกข์ทรมานทางกาย นอกจากจะใช้ระยะเวลาการรักษาอันยาวนาน การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน บั่นทอนสภาวะความเข้มแข็งทางใจ ความเหนื่อยล้าจากการต้องเดินทางไกลเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเจ็บปวดจากภาวะของโรค การต้องเผชิญกับอาการปวดตามร่างกายอย่างแสนสาหัส อาการเบื่ออาหาร เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ง่วงซึม สะลึมสะลือ ไม่มีเรี่ยวแรงแม้แต่จะลุกเดินหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ และการที่ผู้ป่วยต้องรับรู้ตัวตนเอง

กำลังเผชิญกับความตายอันใกล้เข้ามา ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว ความตาย ความรู้สึกอ้างว้าง รู้สึกว่ารุ่นท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อหน่ายกับร่างกายที่ไม่สามารถใช้งานได้อย่างปกติ⁴

บุคคลที่จะเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทั้งในระหว่างการรักษาตัวที่บ้าน และการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จากการวิจัยเรื่องความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 47 ต้องการจากไปที่บ้านโดยมีสมาชิกในครอบครัวรายล้อม⁵ และการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระหว่างหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ยึดญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นศูนย์กลางของการดูแล สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจอย่างแท้จริง¹ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการการดูแลที่แตกต่างกันจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนับเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และซับซ้อนเนื่องจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ และการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรครวมถึงการเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเบื้องต้น² ผู้ดูแลเป็น

บุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาการลุกลามของโรคให้หายขาดได้ เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของโรค อาการที่พบได้บ่อยในระยะท้ายทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกาย และใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ด้านจิตใจ และสังคม รู้สึกสิ้นหวัง คุณภาพชีวิตลดลง สูญเสียสภาพลักษณะ และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ไม่ดี วิตกกังวล อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า และมีการปรับตัวที่ผิดปกติ เครียด⁶ ผู้ป่วยในภาวะเช่นนี้ สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากไม่เพียงแต่ต้องเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการสถานที่ในการเสียชีวิต ความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วย แต่หมายรวมถึงการดูแลผู้ป่วยในระหว่างที่อยู่ในช่วงรักษาแบบประคับประคองเพื่อเป้าหมายสำคัญคือ การให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ น้อยที่สุด และจบท้ายด้วยการเสียชีวิตอย่างสงบ³ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีจิตวิญญาณดีจะช่วยเสริมสร้างร่างกายและจิตใจให้แข็งแรง พร้อมรับกับสภาวะความทุกข์ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ในการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ และมีภาวะทางจิตที่เข้มแข็ง ลดความวิตกกังวล และภาวะความเครียดลงได้⁶

การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคอง การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายจิตใจของผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมบุคลากรสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญนอกจากจะสนับสนุนการให้ความรู้ด้านเวชปฏิบัติแล้ว การดูแลเข้าถึงด้านจิตใจให้ผู้ป่วย และครอบครัวเกิดความมั่นใจ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก ในระยะเวลา 5 ปีย้อนหลัง (2561-2565)

องค์ความรู้ด้านการศึกษเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเสริมพลังทางบวกและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในต่างประเทศพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4,150 เรื่อง และในประเทศไทยพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 61 เรื่อง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 5 เรื่อง และในจังหวัดนครพนมยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจทำวิจัยนี้ขึ้นเพื่อศึกษาบริบทของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในพื้นที่ โดยใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ O'Brien¹¹ มาประยุกต์เป็นหลักในการจัดโปรแกรมเพื่อเสริมพลังบวก และความผาสุกทางจิตวิญญาณต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง หลังจากนำกลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมแล้วทำการประเมินผลของการใช้โปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง 2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ได้ตั้งสมมุติฐานว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการใช้โปรแกรมเสริมพลังทางบวกในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดกลุ่มเดียวกัน วัดผลก่อน และหลังการทดลอง (One group pre-post test design) ตัวแปรต้น คือโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ประกอบไปด้วยกิจกรรม 6 ครั้งคือ 1. ความเชื่อความศรัทธาส่วนบุคคล 2. ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา 3. การปฏิบัติทางศาสนา 4. การสนับสนุนทางสังคม 5. ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และ 6. เหตุการณ์กดดันในชีวิต ตัวแปร

ตาม คือความผาสุกทางจิตวิญญาณ 3 ด้าน คือ 1. ด้านสุขภาพจิต 2. ด้านคุณภาพชีวิต และ 3. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือสามารถเข้าใจ อ่านเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาในการได้ยินหรือมองเห็น เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะมะเร็งระยะสุดท้าย และดูแลผู้ป่วยเป็นเวลาต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย และได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบร้อยละ 80 ของกิจกรรม สามารถขอถอนตัวออกจากการให้ข้อมูลวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power analysis version 3.1 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) คือ 0.50 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และกำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบคือ 0.80 ตามวิธีวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยว และความผาสุกของผู้สูงอายุ ของ พัทธภรณ์ ดั่งชุม และคณะ¹³ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 33 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อความถาม เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประวัติสุขภาพหรือดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ประวัติเคยดูแลผู้ป่วย

มะเร็งระยะท้าย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย 2. แบบประเมินสุขภาพจิต General Health questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28)⁵ พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberh (1972)⁵ แบบประเมินนี้สามารถบอกได้ว่าบุคคลนั้นๆ มีปัญหา ด้านสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่ใช่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 1) อาการทางกาย (Somatic symptoms) 2) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) 3) ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ข้อ และ 4) อาการซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Severe depression) แปลผลระดับคุณภาพชีวิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก ทำการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินมีค่าตั้งแต่ .40 – .68 มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .92 3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก พัฒนาโดย สุวัฒน์ มัทนีนันดรกุล¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม แปลผลระดับคุณภาพชีวิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก 4. แบบสอบถามระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะเจ็บป่วยของ O'Brien¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แปลผลระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก ทำการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินมีค่าตั้งแต่ .44 – .78 มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .90

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมสร้างพลังทางบวก และความผาสุกทางจิตวิญญาณที่

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะเจ็บป่วยของ O'Brien¹¹ ระยะเวลาดำเนินการครั้งละ 1 ชม. 30 นาที ทำกันครั้งละ 2 สัปดาห์ กิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ประกอบไปด้วย 1) ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา 2) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ 3) การปฏิบัติทางด้านศาสนา 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และ 6) เหตุการณ์ก่อกวนชีวิต ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลด้วยสถิติ Dependent pair sample t-test กรณีมีการแจกแจงค่าคะแนนแบบปกติ และเลือกใช้ Wilcoxon sign rank test กรณีค่าคะแนนมีการแจกแจงไม่ปกติ อ่านค่าความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้ขอพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC116/66 วันที่รับรอง 30 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระดับประคับประคองด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 33 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.4 เพศหญิง ร้อยละ 57.6 อายุเฉลี่ย 39.70 ปี ต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 55 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร/ชาวนา/ชาวสวน ร้อยละ 51.5 พนักงานเอกชน/ลูกจ้าง ร้อยละ 18.2 ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 12.1 และว่างงาน ร้อยละ 18.2 มีรายได้ต่อเดือนต่ำ

กว่า 1,000 บาท ร้อยละ 18.2 รายได้ 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 33.3 รายได้ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 42.4 และมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 6.1 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 42.4 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.4 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 18.2 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.7 โสด ร้อยละ 18.2 หย่าร้าง/แยกกันอยู่ และหม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.15 คน ต่ำสุด 3 คน สูงสุด 8 คน สูบบุหรี่ร้อยละ 6.1 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 27.3 ออกกำลังกาย ร้อยละ 57.6 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และความดัน ร้อยละ 21.2 เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 36.4 ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 2.5 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 4 ปี โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 36.4 เป็นบุตรหรือเครือญาติ ร้อยละ 21.2 หลาน ร้อยละ 18.2 และ พ่อ/แม่ ร้อยละ 3.0 ตามลำดับ

สุขภาพจิตด้านต่างๆ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยรวมสุขภาพจิตมีค่าคะแนนระดับน้อย (Mean = 1.63, S.D. = 0.06) ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางกาย มีค่าคะแนนระดับน้อย (Mean = 1.63, S.D. = 0.06) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.62, S.D. = 0.07) ความบกพร่องทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.66, S.D. = 0.07) และอาการซึมเศร้าชนิดรุนแรงมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.63, S.D. = 0.04) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยรวมสุขภาพจิตมีค่าคะแนนระดับมาก (Mean = 3.14, S.D. = 0.15) ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางกาย มีค่าคะแนนระดับมาก (Mean = 3.02, S.D. = 0.16) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.22, S.D. =

0.10) ความบกพร่องทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.18, S.D. = 0.18) และอาการซึมเศร้าชนิดรุนแรงมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.14, S.D. = 0.19)

คุณภาพชีวิตรายด้าน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.65, S.D. = 0.19) ด้านสุขภาพร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.67, S.D. = 0.21) ด้านจิตใจมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.67, S.D. = 0.21) ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.56, S.D. = 0.05) และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อย (Mean = 1.66, S.D. = 0.17) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.88, S.D. = 0.08) ด้านสุขภาพร่างกาย (Mean = 3.85, S.D. = 0.08) ด้านจิตใจ (Mean = 3.92, S.D. = 0.08) ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม (Mean = 3.82, S.D. = 0.04) และสิ่งแวดล้อม (Mean = 3.91, S.D. = 0.07) อยู่ในระดับมาก

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนรวมความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.71, S.D. = 0.21) ท่านหวังว่าชีวิตจะมีความสุขมากขึ้นในอนาคต มีค่าน้อยที่สุด (Mean = 1.36, S.D. = 0.59) ความเชื่อศรัทธาต่อคำสอนของศาสนาจะช่วยให้ท่านมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งมีค่าคะแนนสูงสุด (Mean = 1.91, S.D. = 0.71) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนรวมความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.04, S.D. = 0.17) ท่านรู้สึกว่ามีที่พึ่งทางใจมีค่าคะแนนน้อยที่สุด (Mean = 3.73, S.D. = 0.83) ท่านเชื่อว่าการทำ

ความดีจะทำให้ชีวิตพบกับความสุขได้ มีค่าคะแนน
สูงสุด (Mean = 4.36, S.D. = 0.64)

เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังทางบวก
ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะ
ท้ายโรคมะเร็ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วย
ระยะท้ายโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p- value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
สุขภาพจิต	1.63	0.23	3.14	0.27	1.51	33.81	0.00*	1.41	1.59
คุณภาพชีวิต	1.65	0.19	3.88	0.08	2.23	37.80	0.00*	1.53	1.71
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	1.71	0.21	4.04	0.17	2.33	53.28	0.00*	2.24	2.42

* P<0.05

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลของการใช้
โปรแกรมเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิต
วิญญาณในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง ก่อน
และหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะ
ท้ายโรคมะเร็ง พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาพจิต (t = 33.81
95%CI = 1.41 ถึง 1.59) คุณภาพชีวิต (t = 37.80
95%CI = 1.53 ถึง 1.71) และความผาสุกทางจิต
วิญญาณ (t = 53.28 95%CI = 2.24 ถึง 2.42) หลัง
ได้รับโปรแกรมการทดลองฯ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับ
โปรแกรมทดลองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P <
0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า
ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการใช้
โปรแกรมเสริมพลังทางบวกในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะ
ท้ายโรคมะเร็งสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เนื่องจาก
ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ O'Brien¹¹ มาประยุกต์เป็นหลัก
ในการจัดกิจกรรมซึ่งได้กล่าวถึงความผาสุกทางจิต
วิญญาณไว้ว่า บุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ได้โดยการแสดงความต้องการในการค้นหาความหมาย
ทางจิตวิญญาณ แล้วสะท้อนออกมาเป็นความต้องการ

ด้านจิตวิญญาณ ความต้องการในการค้นหาความหมาย
ทางด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ 1)
ความเชื่อและศรัทธาต่อศาสนา 2) การร่วมปฏิบัติ
กิจกรรมทางศาสนา 3) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ
4) การต้องเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อัน
ก่อให้เกิดความกดดันในชีวิต 5) ความรุนแรงของอาการ
เจ็บป่วยที่เป็นอยู่ 6) การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้
จัดกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1. ความเชื่อความ
ศรัทธาทางศาสนา เพื่อสร้างความเลื่อมใสศรัทธาทาง
ศาสนา อันเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้เข้าไปสู่หลัก
ปฏิบัติที่ดีงาม เกิดความคิด ความรู้สึกเบิกบานภายใน
จิตใจ โดยการเข้าสู่กิจกรรมการทำสมาธิเพื่อให้เกิด
ความสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน และปล่อยวางจากความวิตกกังวล
พร้อมทั้งการเล่าเรื่องราวความเป็นมาของพุทธศาสนา
หลักคำสอนเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้นิ่ง โดย
แนะแนวทางการปฏิบัติวางแผนเป้าหมายของการ
ปฏิบัติ โดยใช้บุคคลต้นแบบ ที่ใช้หลักการทางศาสนา
มาเป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ 2 สร้าง
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ โดยให้ความรู้ความ
เข้าใจเกี่ยวกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ แนว
ทางการสร้างความสุข การคิดบวกเพื่อเสริมพลังสู่การ
ฝ่าฟันอุปสรรค ร่วมกันให้คำนิยามของคำว่า
“ความสุข” เพื่อหาความหมายที่แท้จริงของชีวิตพร้อม

ทั้งให้ความรู้ แนวทางการเสริมสร้างความสุขตามแนวทางวิถีพุทธ และการคิดบวกมีผลดีอย่างไร กิจกรรมที่ 3 การปฏิบัติทางด้านศาสนา ร่วมทำกิจกรรมสมาธิบำบัด สวดมนต์ไหว้พระ พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อดีของการปฏิบัติ การสร้างสมาธิเกิดผลดีอย่างไร ในระหว่างการทำสมาธิ การร่วมรับฟังบรรยายธรรมะ ในหัวข้อ การเผชิญกับความเจ็บป่วยทางกาย กิจกรรมที่ 4 : การสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคม ให้ข้อมูลแหล่งความรู้ ช่องทางในการขอคำปรึกษาทางด้านสุขภาพ กิจกรรมบอกเล่าเรื่องราว อาสาสมัครถ่ายทอดเรื่องราวของตนเองให้เพื่อนๆ ได้ร่วมรับฟังปัญหา และเพื่อนสมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ เสนอแนวทางแก้ไข และให้ช่องทางการติดต่อบุคคลใกล้ชิดหรือองค์กรที่อาสาสมัครเชื่อใจในการขอคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนสมาชิกเครือข่ายที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น กิจกรรมที่ 5 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ฝึกปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กิจกรรมที่ 6 เหตุการณ์ก่อดันชีวิต โดยสามารถวิเคราะห์และหาแนวทางการก้าวผ่านเหตุการณ์ก่อดันในชีวิตได้ ร่วมกันวิเคราะห์หมวดปมปัญหา และแนวทางการก้าวข้ามเหตุการณ์ก่อดันในชีวิต ให้บุคคลต้นแบบบอกเล่าเรื่องราวชีวิตที่เคยเผชิญและคลี่คลายในการก้าวข้ามปัญหา

โดยกิจกรรมต่างๆ ประกอบไปด้วยการให้ทั้งความรู้ ทักษะ การชี้แนะแนวทางการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจโดยอาศัยหลักพุทธศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว การช่วยกันระดมความคิดเพราะวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันหาทางออก และเสริมสร้างเครือข่ายเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสังคม จากกิจกรรมที่ครอบคลุมทุกด้าน กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจึงสามารถเสริมสร้างพลังทางจิตใจให้แข็งแกร่ง พร้อมรับกับสภาวะความทุกข์ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ในการ

ดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่และมีภาวะทางจิตที่เข้มแข็งขึ้น มีทัศนคติทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะความเครียดลงได้ จึงเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปภาวรินทร์ มีชนะ (2566)⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะก่อนการทดลองแตกต่างกับระยะหลังการทดลอง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ไปใช้เป็นแนวทางในการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ให้เกิดความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้อย่างปลอดภัย และก่อให้เกิดความผาสุก

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งไปกำหนดเป็นนโยบายทางด้านสาธารณสุขในการขับเคลื่อนสู่การส่งเสริมความผาสุกและการสร้างคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นอกเหนือจากการให้ทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การนำโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็งมีความพร้อมทางด้านจิตใจสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อกลับสู่ชุมชนได้

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณไปศึกษาในพื้นที่ชุมชนอื่น หรือในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. (2022). *Classification of Tumours* Editorial Board. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2022.
2. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 2022.
3. กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. (2566). สถิติจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2566.
4. สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิภา วิเสโส. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1); 67-79.
5. Pitanupong J. and Janmanee S., (2021). End-of-life care preferences among cancer patients in Southern Thailand: a university hospital-based cross-sectional survey. *BMC Palliative Care*. 23 June 2021, 20(90); 1-8.
6. ปภาวรินทร์ มีชนะ. (2566). ผลของโปรแกรมสนับสนุนญาติดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(3). 639-647.
7. เหมจิต มุกดาดี, วรณา ฉายอรุณ, และสุจิตรา ฟุ้งเฟื่อง. (2564). ผลของศิลปะบำบัดต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 2564;16(2):150-60.
8. ช่อผกา ปุยขาว, สุริพร ธนศิลป์, จรรยา ฉิมหลวง. (2562). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารเกื้อการุณย์*, 2562; 26(2):93-106.
9. พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, อุไร หักกิต. (2558). ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(4) ;57-71.
10. Thapanakulsuk P., Sirapo-ngam Y., Ferrans C.E., Orathai P., and Junda T. (2020). Psychometric testing of a spiritual well-being scale for people with cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(1); 39-53.
11. O'Brien, M.E. (2011). The need for spiritual integrity. In Yura, H., & Walsh, M. eds.
12. กาญจนา จันทร์สูง. ABC in Research (ตอนที่ 1) : การออกแบบงานวิจัยเบื้องต้น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 2546. 18(2) 118-123.
13. พัชรารณ ดิ่งชุม, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยวและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, (32)1; 182-194
14. ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2545). แบบสอบถาม Thai General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ 12-28-30-60). **โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
15. Goldberg D.P. (1973). *The Detection of Psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press: London, 3(2); 257-264. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291700048613>
16. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, ราณี พรหมานะจิรังกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารกรมสุขภาพจิต*, 5(3); 4-11.

ผลการกระตุ้นการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอดด้วยคลื่นเหนือเสียง (ultrasound diathermy) The effects of stimulating milk flow in postpartum mothers using ultrasound diathermy.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 8,2024 ; Accepted: June 9,2024)

รัศมี จิตโมมา¹ ภาพร ตูจินดา² นวลวรรณ ปูวัง³
Rutsamee Jitmoma¹, Pakaporn Toojinda², Nualwan Poowang³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการกระตุ้นการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอดด้วยคลื่นเหนือเสียง (ultrasound diathermy) กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่หลังคลอดที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลโพธิสัยในช่วงเดือนมกราคม-เมษายน 2567 จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 15 รายที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลอง 15 ราย ที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียงจำนวน 3 ครั้งคือหลังคลอด 24, 32 และ 40 ชั่วโมง โดยทำการกระตุ้นก่อนการให้นมบุตรหรือหลังการให้นมบุตรแล้ว 2 ชั่วโมง วัดปริมาณการไหลของน้ำนม ความสุขสบายและความเจ็บปวดเต้านมขณะให้นมบุตรก่อนการกระตุ้นครั้งแรกและหลังการกระตุ้นทุกครั้ง ใช้ความเข้มของคลื่นเหนือเสียงเท่ากับ 2.0 w/cm² กระตุ้นเต้าละ 11 นาที โดยวน sound head บริเวณลานนม 1 นาทีและทำการวนรอบๆเต้านมอีก 10 นาที หลังจากนั้นบีบหัวนมเพื่อตรวจวัดปริมาณการไหลของน้ำนม สอบถามความสุขสบายและความเจ็บปวดขณะให้นมบุตร ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 25.07 ปี (SD=3.94) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.27 สัปดาห์ (SD=0.88) น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ย 3,023.60 (SD=416.18) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 24.13 ปี (SD=5.80) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.13(SD=0.99) น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ย 2,745 (SD=2,4,109) ทั้งสองกลุ่มมีความตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกรายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6-9 เดือน ปริมาณการไหลของน้ำนมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ P<0.05 ความสุขสบายขณะให้นมบุตรในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ P<0.05 ความเจ็บปวดเต้านมขณะให้นมบุตรในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ P<0.05 และความพึงพอใจของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ: คลื่นเหนือเสียง,การกระตุ้นการไหลของน้ำนม, ultrasound diathermy

Abstract

This quasi-experimental research aims to study the effect of stimulating milk flow in postpartum mothers with ultrasound diathermy. The sample group is postpartum mothers who come to give birth at Phon Phisai Hospital during January-April 2024. Number of 30 cases by purposively recruit. Divided into a control group of 15 patients who received normal nursing care and an experimental group of 15 patients who received a program to stimulate milk flow with ultrasound diathermy 3 times, 24, 32 and 40 hours after birth, with stimulation before breastfeeding or 2 hours after breastfeeding. Then measure the amount of milk flow, breast comfort and pain during breastfeeding before the first stimulation and after every stimulation. Use the intensity of ultrasound diathermy equal to 2.0 w/cm² to stimulate each breast for 11 minutes by circling the sound head over the areola for 1 minute and circling the breast for another 10 minutes. After that, squeeze the nipples to measure the amount of milk flow. Ask about comfort and pain while breastfeeding. The results of the experiment found that the experimental group had an average age of 25.07 years (SD=3.94), the average gestational age was 38.27 weeks (SD=0.88), the average birth weight was 3,023.60 (SD=416.18). The control group had an average age of 24.13 years (SD=5.80). average gestational age 38.13(SD=0.99,average birth weight 2,745 (SD=2,4,109). Both

¹ วทบ.กายภาพบำบัด โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

² พบ.ว.กุมารแพทย์ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

³ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

groups intended to breastfeed all mothers, mostly between 6-9 months. Milk flow in the experimental group was significantly greater than that in the control group, $P<0.05$. Breastfeeding comfort in the experimental group was significantly greater than that in the control group, $P<0.05$. Breast pain. While breastfeeding in the experimental group was significantly less than that in the control group, $P<0.05$, and the satisfaction of the experimental group was at a good level.

Keywords: ultrasonic waves, stimulation of milk flow, ultrasound diathermy, milk flow

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับเด็กทารกแรกเกิดเพราะมีสารอาหารมากกว่า 200 ชนิด มีคุณค่าเหมาะกับการเจริญเติบโตและมีภูมิคุ้มกันโรคที่ไม่สามารถหาได้จากอาหารอื่น¹ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund: UNICEF) แนะนำว่า ควรให้ลูกกินนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือนแรกและต่อเนื่องถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้นร่วมกับการให้อาหารเสริมตามวัยที่เหมาะสม² ที่ผ่านมามีการศึกษาอย่างแพร่หลายยืนยันถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ช่วยให้ลูกสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อต่อต้านการเจ็บป่วย ด้วยการสร้างแอนติบอดี (Antibody) มาต่อต้านอาการเจ็บป่วยทั่วไปอย่างไข้หวัด การติดเชื้อจากแบคทีเรียไปจนถึงการป้องกันการติดเชื้อไวรัสบางชนิด นมแม่ยังมีความสำคัญต่อพัฒนาการทางร่างกายให้ลูกเติบโตได้อย่างปกติ เมื่อลูกเข้าสู่วัยเริ่มเดินจะมีการทรงตัวที่ดีเนื่องจากมีกระดูกและกล้ามเนื้อที่แข็งแรง การดูดนมแม่จากอกยังช่วยในเรื่องของสุขภาพช่องปากในเด็ก นอกจากนี้ยังเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก ส่วนระยะยาวทารกที่ได้รับน้ำนมแม่จะพบความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยกว่า มีพัฒนาการด้านสติปัญญามากกว่า ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง และเบาหวานเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ รวมไปถึงโรคร้ายแรงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดภาวะน้ำหนักเกินภายหลังการคลอดบุตรลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่และโรคหลอดเลือดหัวใจของแม่ในระยะยาวด้วย¹ ประเทศไทยได้ประเมินว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสม (Optimal breastfeeding) สามารถลด

การเสียชีวิตของทารกได้ปีละ 262 คน ลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขจากการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยโรคท้องร่วงและปอดบวมในเด็กถึงปีละ 300 ล้านบาท รวมถึงลดค่าใช้จ่ายครัวเรือนจากการซื้อนมผงดัดแปลงสำหรับทารกได้ถึงร้อยละ 25³ ในปี 2562 สำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติพบว่า มีทารกไทยเพียงร้อยละ 25 ที่ได้กินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต และมีทารกเพียงร้อยละ 13 ที่ได้กินนมแม่ต่อเนื่องถึง 2 ปี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายให้อัตราการกินนมแม่อย่างเดียวของทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน เพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปี 2568 สอดคล้องกับเป้าหมายของโลกที่ทุกประเทศตั้งไว้ร่วมกันเมื่อปี 2555³

จากการสำรวจความคิดเห็นของแม่ที่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวจนครบ 6 เดือนพบว่า เหตุผลหลักมาจากน้ำนมมีปริมาณไม่เพียงพอ (ร้อยละ 45.5) รองลงมาคือ ความกังวลว่านมแม่มีสารอาหารไม่ครบถ้วน (ร้อยละ 18.0) และลำดับที่สามคือแม่ต้องกลับไปทำงาน (ร้อยละ 17.4)⁴ อย่างไรก็ตามก็ยังมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ 1) ความเจ็บปวดจากภาวะท่อน้ำนมอุดตัน 2) เต้านมคัดตึงเจ็บหัวนมหรือหัวนมแตก 3) หัวนมติดเชื้อ เป็นต้น⁵ ปัญหาเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม่หลังคลอดหันไปใช้นมผงเลี้ยง มารดาคลอดปกติจะเริ่มมีน้ำนมไหลเฉลี่ย 2 ชั่วโมงหลังคลอด ช่วงแรกเรียกว่า Lactogenesis I ร่างกายจะเริ่มผลิต Colostrum หรือหัวน้ำนมในปริมาณน้อยนิด หลังคลอดประมาณ 30-40 ชั่วโมง ฮอร์โมนต่างๆที่เกี่ยวข้องจะกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้น ช่วงที่สองเรียกว่า Lactogenesis II หลังจากคลอดประมาณ 50-73 ชั่วโมง

(2-3 วันหลังคลอด) ไม่ว่าแม่จะให้ลูกดูดนมหรือไม่ ร่างกายก็จะผลิตน้ำนมโดยอัตโนมัติตามธรรมชาติ ช่วงที่สามเรียกว่า Lactogenesis III เป็นช่วงที่สำคัญมาก ถ้าไม่ให้ลูกดูดน้ำนมก็ไม่มี เพราะการผลิตน้ำนมของแม่จะไม่ได้ถูกควบคุมด้วยฮอร์โมนเพียงอย่างเดียวแต่น้ำนมจะถูกผลิตอย่างต่อเนื่องก็ต่อเมื่อมีการนำน้ำนมออกจากร่างกายอย่างสม่ำเสมอไม่ว่าจะด้วยการดูดของลูก การปั๊ม การบีมน้ำนมออกและการสัมผัสที่ปลายประสาทบริเวณลานนมและหัวนมจะกระตุ้นให้ต่อมใต้สมองผลิตฮอร์โมนในการสร้างน้ำนม แต่หากว่าทารกหยุดการดูดนมเกิน 2 วันเต้านมจะเริ่มคัดและการสร้างน้ำนมก็จะลดลงไปอย่างรวดเร็ว

จากการทบทวนเอกสารวิชาการจากนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงหญิงหลังคลอดเพื่อเพิ่มการไหลของน้ำนมโดยการนวดเต้านม การประคบเต้านม การประคบร่วมกับการนวดซึ่งสามารถช่วยเพิ่มการไหลของน้ำนมได้แต่พบว่าการนวดและการประคบมีข้อเสียตามมาคือทำให้เต้านมเกิดการระบมจากการนวด² นอกจากนี้มีการศึกษาของ ปิยวรรณ แพลนดี¹ ที่ได้ศึกษาใช้โปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อเพิ่มการไหลของน้ำนมแม่ในหญิงหลังคลอดครรภ์แรกด้วยการประคบอุ่นแล้วตามด้วยการให้ความร้อนลึกด้วยการทำคลื่นเหนือเสียง (Ultrasound diathermy) จากนั้นนวดเต้านมและประคบเย็นเพื่อลดการระบมจากการนวดพบว่าปริมาณน้ำนมไหลไหลมากขึ้นจากก่อนได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด นอกจากนี้พบว่ามีการใช้คลื่นเหนือเสียงในการช่วยให้การไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้นและลดความยากลำบากในการให้นมบุตรมาตั้งแต่ในอดีตค่อนข้างเนิ่นนานมาแล้วดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Shellshear⁶ ที่ได้ศึกษาผลของการรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียงในภาวะเต้านมคัดตึงหลังคลอด โดยใช้คลื่นแบบต่อเนื่องเป็นเวลา 10 นาที ความเข้ม 2.75 วัตต์/ตารางเซนติเมตร ในหญิงตั้งครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่า ความตึงตัวของเต้านมลดลงหลังการรักษาครั้งที่ 2 เต้านมไม่แข็งตึงและแม่ไม่มีความยากลำบากในการให้

นม จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้เกิดการไหลของน้ำนมมีหลากหลายวิธีที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมการไหลของน้ำนมของแม่หลังคลอด โรงพยาบาลโพธิพิสัย จังหวัดหนองคาย ได้ให้บริการฝากครรภ์และทำคลอดทั้งแบบคลอดปกติทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดโดยสูติแพทย์ และมีหอผู้ป่วยหลังคลอดให้แม่หลังคลอดได้พักฟื้นจำนวน 30 เตียง สามปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2564,2565,2566) มีจำนวนแม่คลอดบุตรทั้งสิ้น 862,832 และ 810 คน ตามลำดับมีจำนวนแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครบ 6 เดือน ร้อยละ 48.26,44.11และ46.66 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ที่ผ่านมาได้ให้บริการกระตุ้นการไหลของน้ำนมแม่ด้วยการพยาบาลทั่วไป ร่วมกับแพทย์แผนไทยทั้งในส่วนของการใช้ยาสมุนไพรและการนวดเต้านม พบว่า มีส่วนช่วยส่งเสริมให้การไหลของน้ำนมเพิ่มมากขึ้น⁷ ในสามปีที่ผ่านมาแม่หลังคลอดที่ได้รับการประคบเต้านมจากงานแพทย์แผนไทย 48,52 และ 54 คน พบปัญหาน้ำนมไม่มาเป็นอันดับแรก เต้านมคัดตึงเป็นอันดับที่สอง และน้ำนมไหลน้อยเป็นอันดับที่สาม⁷ หากแต่ยังไม่เคยมีการศึกษาผลของการใช้ความร้อนลึกในการกระตุ้นการไหลของน้ำนมแม่ ผู้วิจัยเป็นนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในแผนกกายภาพบำบัดและใช้เครื่อง ultrasound diathermy ซึ่งเป็นคลื่นเหนือเสียงที่ให้ความร้อนลึกรักษาผู้ป่วยมาโดยตลอดรวมถึงรักษาการอุดตันของท่อน้ำนมในหญิงหลังคลอดด้วย เห็นว่าการนวดนั้นให้ผลการรักษาเช่นเดียวกันกับการทำ ultrasound diathermy ในทางกายภาพบำบัดแต่มีความเจ็บปวดระหว่างการนวดและก่อให้เกิดการระบมหลังการนวด ส่วนการประคบอุ่นนั้นเป็นการรักษาด้วยความร้อนระดับผิวหน้า (superficial heat) ซึ่งลงลึกได้ไม่เกิน 1 เซนติเมตร อาจยังไม่ลึกถึงท่อน้ำนมบางส่วน⁸ การทำ ultrasound diathermy ในทางกายภาพบำบัดนั้นสามารถลงได้ลึกจากชั้นผิวหน้าได้ถึง 3 เซนติเมตรสามารถทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดและท่อ

น้ำนมได้มากกว่าการประคบอุ่นซึ่งจะส่งผลให้มีการไหลของน้ำนมได้มากขึ้น¹ และจากภาพถ่ายโดยใช้กล้องชนิดพิเศษตรวจจับอุณหภูมิ พบว่าความร้อนจากคลื่นเหนือเสียงสามารถเพิ่มความเร็วของการไหลของเลือดและน้ำนมได้⁹ ผู้วิจัยจึงสนใจผลของการ ultrasound diathermy ในการเพิ่มการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอด ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของคลื่นเหนือเสียง (ultrasound diathermy) ต่อการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอด

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาค่าคะแนนการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอดที่ได้รับการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วย Ultrasound Diathermy ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มแม่หลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลปกติซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม ทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ระหว่าง เดือนมกราคม – เดือนพฤษภาคม 2567

ประชากรที่ศึกษา

ศึกษาในแม่หลังคลอด ที่พักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยครบ 24 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง คือ แม่หลังคลอดที่พักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยครบ 24 ชั่วโมง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) แม่คลอดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป คลอดปกติทางช่องคลอด มีบุตรอยู่ด้วย ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) แม่ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด เต้านมอักเสบ หัวนมผิดปกติหรือเป็นแผล ทารกมีปัญหาในการ

ดูดกลืน แม่ที่ติดเชื้อ HIV และแม่ที่มีความประสงค์ออกจากการศึกษาระหว่างการดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดอำนาจการทำนาย (power analysis) ที่ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 และคำนวณขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมของการศึกษานี้ได้ผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.0 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับลดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง โดยค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.80 แล้วคำนวณตามสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย/กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 13 ราย และกลุ่มควบคุม 13 ราย ผู้วิจัยป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองจึงเพิ่มอาสาสมัครกลุ่มละ 2 รายรวมทั้งหมด 30 รายโดยอ้างอิงสมการของ Lemeshow S.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพ อายุครรภ์ขณะคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการไหลของน้ำนม แบ่งเป็น 5 ระดับ (0-4 คะแนน) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้¹¹

0 = น้ำนมไม่ไหล หมายถึง เมื่อบีบลานนมและหัวนมแล้วไม่มีน้ำนมไหล

1 = น้ำนมไหลน้อย หมายถึง เมื่อบีบลานนมและหัวนมแล้วน้ำนมไหลซึมออกมาแต่ไม่เป็นหยด

2 = น้ำนมเริ่มไหล หมายถึง เมื่อบีบลานนมและหัวนมแล้วน้ำนมไหลตั้งแต่ 1-2 หยด

3 = น้ำนมไหลแล้ว หมายถึง เมื่อบีบลานนมและหัวนมแล้วน้ำนมไหลมากกว่า 3 หยดแต่น้ำนมไม่พุ่ง

4 = น้ำนมไหลดี หมายถึง เมื่อบีบลานนมและหัวนมแล้วน้ำนมไหลพุ่ง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสบายของแม่หลังคลอดที่ได้รับการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียง ข้อมูลความพึงพอใจ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ ดังนี้ สบายมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน¹⁰ ดังนี้

สบายในระดับมาก ค่าคะแนน 3.67-5.00
คะแนน

สบายในระดับปานกลาง ค่าคะแนน 2.34-3.66 คะแนน

สบายในระดับน้อย ค่าคะแนน 1.00-2.33
คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเจ็บปวดเต้านมโดยเป็นมาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating Scale: NRS) 10 ระดับ ความเจ็บปวดมากที่สุด เท่ากับ 10 คะแนน ไปจนถึงไม่เจ็บปวด เท่ากับ 0 คะแนน

ปวดมาก ค่าคะแนน 6.67-10.00 คะแนน

ปวดปานกลาง ค่าคะแนน 3.34-6.66 คะแนน

ปวดน้อย ค่าคะแนน ไม่เกิน 3.33 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของแม่หลังคลอดที่ได้รับการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียง ข้อมูลความพึงพอใจ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ ดังนี้ ความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน¹⁰ ดังนี้

ความพึงพอใจในระดับดี ค่าคะแนน 3.67-5.00 คะแนน

ความพึงพอใจในระดับปานกลาง ค่า
คะแนน 2.67-3.66 คะแนน

ความพึงพอใจในระดับไม่ดี ค่าคะแนน 1.00-2.66 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการกระตุ้นการไหลของน้ำนมโดยใช้คลื่นเหนือเสียง (Ultrasound diathermy) โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดดังกล่าวมาจากการศึกษาของ ปิยวรรณ แพลนดี¹ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำเริ่มต้นของแม่ (starting position) แม่หลังคลอดนอนหงายมีหมอนรองใต้ศีรษะ วางมือเหนือศีรษะ

2. ทำความสะอาดเต้านมด้วยการเช็ดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70%

3. กระตุ้นการไหลของน้ำนมบริเวณเต้านม ข้างละ 11 นาที ด้วยความถี่ 1 เมกะเฮิรตซ์ ความเข้มของคลื่น (intensity) 2.5 วัตต์/ตารางเซนติเมตร ช่วงความถี่แบบต่อเนื่อง (continuous mode) ใช้เทคนิคการรักษาโดยเคลื่อนหัวอัลตราซาวด์ (ultrasonic head) ซ้ำ ๆ อยู่ที่บริเวณลานนม ลักษณะวนเป็นวงกลม ใช้เวลาประมาณ 1 นาที

2. เคลื่อนหัวอัลตราซาวด์ (ultrasonic head) มาที่เต้านม ลักษณะวนเป็นวงกลมเช่นเดิมเน้นบริเวณที่มีจุดกดเจ็บหรือมีก้อน ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

3. เคลื่อนหัวอัลตราซาวด์ (ultrasonic head) ลักษณะเป็นเส้นตรงจากเต้านมมาที่ลานนม ลักษณะเหมือนการรีดนม โดยเน้นบริเวณที่มีจุดกดเจ็บหรือมีก้อน ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

4. บีบระบายน้ำนม และประเมินการไหลของน้ำนม

5. หลังจากทำการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียงบนเต้านมส่วนสุดท้ายเสร็จให้เช็ดเจลอออกและทำความสะอาดเต้านมด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% อีกรอบ

6. สอบถามอาการแม่หลังคลอดหลังทำการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียงถึง ความสบาย ความปวด ความสุขสบายและอาการแทรกซ้อนอื่นๆ

7. ทำการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียงทุก 8 ชั่วโมง ทั้งหมด 3 ครั้ง คือ หลังคลอด 24,32 และ 40 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินการไหลของน้ำนม ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินของมารียา มะแซและคณะมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.80¹¹

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผ่านการประเมิน Validity ทดสอบหาความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตด้วยโปรแกรมอัตโนมัติ KAPPA ใน SPSS ได้ค่าเท่ากับ 0.90

3. เครื่อง ultrasound diathermy ผ่านการทดสอบมาตรฐานความเที่ยงตรงของบริษัทและมีการทดสอบก่อนการใช้งานทุกครั้ง

4. ความแม่นยำของการเคลื่อนหัว (ultrasonic head) บนเต้านมตามวิธีการทดลอง ทำโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญในการใช้คลื่นเหนือเสียงในการรักษาผู้ป่วย ผ่านการศึกษาหลักการรักษาผู้ป่วยด้วยคลื่นเหนือเสียงตามหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่ ก.2440

5. แบบสอบถามความพึงพอใจได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.80

6. แบบประเมินความเจ็บปวด การหาความตรงตาม (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง(IOC) แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองเท่ากับ 0.90

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล เริ่มจากดำเนินการเสนอโครงงานวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย แล้วดำเนินการเสนอโครงงานวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยเพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย

ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตึกหญิงหลังคลอดวางแผนและมอบหมายหน้าที่และเตรียมเครื่องมือการวิจัยต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเป็นนักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน และผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ผ่านการประเมินความเที่ยงตรง (validity) และเข้าติดตามประเมินการไหลของน้ำนมร่วมกัน เริ่มจากผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มเป้าหมายทราบ แล้วเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย หากกลุ่มเป้าหมายยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยแล้วให้ดำเนินการลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแล้วเริ่มกระบวนการวิจัย เริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วค่อยเริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความเจ็บปวดเต้านมแรกรับก่อน จากนั้นค่อยเริ่มเก็บข้อมูลการไหลของน้ำนมด้วยแบบประเมินการไหลของน้ำนม จำนวน 4 ครั้ง โดยทำการเก็บข้อมูลดังนี้

ครั้งที่ 1 ประเมินก่อนทำการกระตุ้นการไหลของน้ำนม โดยประเมิน ณ เวลาหลังคลอด 24 ชั่วโมงก่อนให้นมบุตรหรือหลังให้นมบุตรไปแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 หลังจากทำการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียงในกลุ่มทดลองและตามการพยาบาลปกติในกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 3 หลังจากทำการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียงในกลุ่มทดลองและตามการพยาบาลปกติในกลุ่มควบคุม หลังคลอด 32 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 หลังจากทำการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียงในกลุ่มทดลองและตามการพยาบาลปกติในกลุ่มควบคุม หลังคลอด 40 ชั่วโมง สอบถามอาการแม่หลังคลอดหลังทำการกระตุ้นการไหล

ของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียงถึงความสุขสบาย ความปวด ความสุขสบายและอาการแทรกซ้อนอื่นๆ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการประเมินผลและสรุปผลการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมและคะแนนความปวดในขณะให้นมบุตร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมและคะแนนความปวดในขณะให้นมบุตร ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

ด้านร่างกาย เพื่อป้องกันการเกิดความร้อนสะสมและก่อให้เกิดอาการไหม้ในเนื้อเยื่อ ผู้วิจัยได้กำหนดค่าความเข้มของคลื่นเหนือเสียง (ultrasound diathermy) ที่ระดับความรู้สึกอุ่นสบายคือ 2.5 w/cm^2 และใช้เทคนิคการหมุนหัวอัลตราซาวด์เป็นวงกลมไปมา ไม่จ่ออยู่กับที่ หากมีความผิดปกติหมดสติเป็นลมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแจ้งอาการให้ผู้วิจัยได้ทราบโดยทันที ผู้วิจัยจะแก้ไขโดยการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ประเมินอาการโดยทันทีและจะประสานพยาบาลในหอผู้ป่วยหลังคลอดทันที หากอาการไม่ดีขึ้นจะประสานงานส่งต่อที่ห้องฉุกเฉินทันที ทั้งนี้หากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดเจ็บป่วยเฉียบพลันสูงระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้

ด้านจิตใจ ข้อความในแบบสอบถามไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบใด ๆ และตลอดเวลาที่ร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ หากเกิดความกังวลใจหรือความเครียดขณะทำกิจกรรม ผู้วิจัยจะแก้ไขเมื่อเกิดกรณีดังกล่าว เช่น ระวังในการถาม ใช้วาจาสุภาพ

อ่อนโยน และหยุดถามทันทีที่ผู้ร่วมวิจัย แสดงความรู้สึกอึดอัด หรือ กังวล และเว้นระยะในการถาม

ด้านสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ เน้นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลแต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องทันทีภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในกลุ่มทดลองแม่หลังคลอดส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 80 เฉลี่ย 25.07 ปี ($SD=3.94$) มีดัชนีมวลกายเกินค่าปกติทั้งหมด ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0 อยู่าร้างร้อยละ 20.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเท่ากัน ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 6.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้างทั่วไป เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 26.7 เท่ากัน รองลงมาคือค้าขายและทำงานในบริษัทเอกชน ร้อยละ 20.0 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 46.7 รายจ่ายส่วนใหญ่ก็อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 40.0 อายุครรภ์ส่วนใหญ่ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 60 เฉลี่ย 38.27 สัปดาห์($SD=0.88$) ส่วนใหญ่มีความตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่าง 6-9 เดือน ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือมากกว่า 9 เดือน ร้อยละ 40.0 เฉลี่ย 8.50 เดือน($SD=3.2$) ต่ำสุด 3 เดือน สูงสุด 12 เดือน น้ำหนักทารกแรกคลอดส่วนใหญ่มากกว่า 3,000 กรัม ร้อยละ 46.7 เฉลี่ย 3,023.60 ($SD=416.18$) ต่ำสุด 2,280 กรัม สูงสุด 3,770 กรัม

ส่วนในของกลุ่มควบคุมแม่หลังคลอดส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 60 เฉลี่ย 24.13 ปี ($SD=5.80$) มีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่เกินค่าปกติ ร้อยละ 93.3 รองลงมาคือปกติ ร้อยละ 6.7 ส่วนใหญ่สถานภาพ

สมรส ร้อยละ 73.3 อย่าร้างร้อยละ 26.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมต้นและมัธยมปลายเท่ากัน ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 13.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.7 เท่ากัน รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20.0 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท และ 5,000บาท ร้อยละ 20.0 รายจ่ายต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000บาท ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 33.3 อายุครรภ์ส่วนใหญ่ 37และ 39 สัปดาห์ ร้อยละ 33.3 เฉลี่ย 38.13(SD=0.99) ต่ำสุด)37สัปดาห์ สูงสุด 40สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีความตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่าง 6-9 เดือน ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือมากกว่า 9 เดือน ร้อยละ 40.0 เฉลี่ย 8.20 เดือน(SD=3.3) ต่ำสุด 3 เดือน สูงสุด 12 เดือน น้ำหนักทารกแรกคลอดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,500-3,000กรัม ร้อยละ 73.3เฉลี่ย 2,745(SD=2,4,109) ต่ำสุด2,330กรัม สูงสุด 3,3203กรัม

2 การประเมินผลของการใช้คลื่นเหนือเสียง

2.1 ผลการประเมินความสบายของแม่หลังคลอด

พบว่า ในกลุ่มทดลอง ในครั้งที่ 1 ความสุขสบายอยู่ในระดับมาก มีคะแนนความสบาย เฉลี่ย 3.27 คะแนน (SD.=0.46) ครั้งที่ 2 ความสุขสบายอยู่ในระดับมาก มีคะแนนความสบายเฉลี่ย 4.00 คะแนน (SD.=0.54) ครั้งที่ 3 ความสุขสบายอยู่ในระดับมากมีคะแนนความสบายเฉลี่ย 4.73 คะแนน (SD.=0.46) และ ครั้งที่ 4 ความสุขสบายอยู่ในระดับมาก มีคะแนนความสบายเฉลี่ย 4.87 คะแนน (SD.=0.35) ซึ่งจะพบว่ามีความสุขสบายเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4 ในกลุ่มควบคุม ในครั้งที่ 1 ความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนความสบายเฉลี่ย 3.53 คะแนน (SD.=0.52) ครั้งที่ 2 ความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนความสบายเฉลี่ย 3.53 คะแนน (SD.=0.52) ครั้งที่ 3 ความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนความสบายเฉลี่ย 3.07

คะแนน (SD.=0.46) และครั้งที่ 4 ความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนความสบายเฉลี่ย 2.40 คะแนน (SD.=0.51) โดยจะพบว่าความสบายมีแนวโน้มลดลง จากการประเมินครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4

2.2 ผลการประเมินความเจ็บปวดด้านมดลูก
ให้มบุตรของแม่หลังคลอด ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลอง ในครั้งที่ 1 ความปวดอยู่ในระดับปวดน้อย มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 1.00 คะแนน (SD.=0.54) ครั้งที่ 2 ความปวดอยู่ในระดับปวดน้อย มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 0.33 คะแนน (SD.=0.49) สำหรับครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ไม่มีอาการปวดเลย ในกลุ่มควบคุม ในครั้งที่ 1 ความปวดอยู่ในระดับปวดน้อย มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 0.40 คะแนน (SD.=0.51) ครั้งที่ 2 ความปวดอยู่ในระดับปวดน้อย มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 0.40 คะแนน (SD.=0.51) ครั้งที่ 3 ความปวดอยู่ในระดับปวดน้อย มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 1.07 คะแนน (SD.=0.70) และครั้งที่ 4 ความปวดอยู่ในระดับปวดน้อย มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.27 คะแนน (SD.=1.39) ซึ่งจะพบว่าคะแนนความปวดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4

2.3 ผลการประเมินการไหลของน้ำนมของแม่หลังคลอด ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลอง การประเมินครั้งที่ 1 ผลส่วนใหญ่จะมีน้ำนมไหลน้อย ร้อยละ 73.3 รองลงมาน้ำนมไม่ไหล ร้อยละ 20.0 ครั้งที่ 2 น้ำนมไหลน้อยและเริ่มไหล เท่ากัน ร้อยละ 40.0 รองลงมาน้ำนมไหลแล้ว ร้อยละ 13.3 ในครั้งที่ 3 ส่วนใหญ่น้ำนมไหลแล้ว ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือน้ำนมเริ่มไหลและน้ำนมไหลดี เท่ากัน ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ซึ่งในครั้งที่ 4 พบว่า มีมากถึงร้อยละ 60.0 ที่น้ำนมไหลแล้ว และร้อยละ 40.0 น้ำนมไหลดี ในกลุ่มควบคุม ผลการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่จะมีน้ำนมไหลน้อย ร้อยละ 60.0 รองลงมาน้ำนมไม่ไหล ร้อยละ 40.0 ครั้งที่ 3 น้ำนมไหลน้อย ร้อยละ 80.0 และเริ่มไหล ร้อยละ 13.3 และในครั้งที่ 4 ส่วนใหญ่น้ำนมไหล

น้อย ร้อยละ 73.3 รองลงมาคือน้ำนมเริ่มไหล ร้อยละ 26.7 ตามลำดับ

2.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของแม่หลังคลอดในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษา พบว่า แม่หลังคลอดที่ได้รับการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียงทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.67 คะแนน (SD.=0.21) คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และสูงสุด 5 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียง (ultrasound diathermy) ในมารดาหลังคลอดเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียงและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ปริมาณการไหลของน้ำนมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้

ณ เวลา 24 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนการกระตุ้นการไหลของน้ำนม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ที่ไหลน้อย, เวลา 32 ชั่วโมงหลังคลอด กลุ่มทดลองมีน้ำนมไหลแล้วส่วนใหญ่และเริ่มมีน้ำนมไหลดีบางส่วน ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังมีน้ำนมไหลน้อย, หลังคลอด 40 ชั่วโมงกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีน้ำนมไหลแล้วร้อยละ 60 และมีน้ำนมไหลดีมากขึ้นถึงร้อยละ 40 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังมีปริมาณน้ำนมไหลน้อยถึงร้อยละ 73.3 ตามลำดับ เมื่อประเมินการไหลของน้ำนมก่อนการทดลองใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และหลังจากนั้นปริมาณการไหลของน้ำนมมีมากขึ้นในทุกช่วงเวลาซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีกลไกการสร้างน้ำนมระยะหลังคลอด แสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่อง ultrasound diathermy (คลื่นเหนือ

เสียง) หมุนวนบนเต้านมเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนเลือดทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณเต้านมมากขึ้นเนื่องจากความร้อนและช่วยให้ท่อน้ำนมยืดหยุ่นดี น้ำนมถูกขับออกและส่งผลทำให้การไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้นด้วย⁷ การสัมผัสเต้านมและลานนมด้วยหัว sound head ซึ่งมีลักษณะมีแรงกดและวนเป็นวงกลมทับซ้อนกัน แรงสัมผัสเต้านมหลังคลอดนี้จะทำให้ปลายประสาทที่ลานนมและต่อมน้ำนมที่เต้านมถูกกระตุ้นเช่นเดียวกับการดูดนมของทารกจึงส่งสัญญาณไปยังต่อมใต้สมองส่วนหลัง (posterior pituitary) มีผลต่อการกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซินทำให้น้ำนมไหลและกระตุ้นการทำงานของต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary) ทำให้ออร์โมนโพรแลคตินเพิ่มขึ้น เมื่อกลุ่มทดลองได้มีการทำ ultrasound diathermy เต้านมแต่ละครั้ง จึงกระตุ้นกลไกการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้มีการสร้างและกระตุ้นการไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การทำ ultrasound diathermy เต้านมยังช่วยให้เกิดการผ่อนคลายจากความเหนื่อยล้าหรือพักผ่อนไม่เพียงพอซึ่งการผ่อนคลายก็ทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซินเพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องจากไม่ก่อให้เกิดความเจ็บและการการระบมจากแรงกดนิ้ว² และผู้วิจัยได้ใช้ปริมาณความเข้มของคลื่นเหนือเสียงที่ก่อให้เกิดความร้อนในระดับอุ่นสบาย คือ 2.0 วัตต์ต่อตารางเซนติเมตร¹²

จากการเปรียบเทียบปริมาณการไหลของน้ำนมในแต่ละกลุ่มยังพบว่า มีปริมาณการไหลเพิ่มมากขึ้นในแต่ละช่วงระยะเวลา จำนวนชั่วโมงหลังคลอดที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นไปตามกลไกการสร้างน้ำนมในระยะหลังคลอดแต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังพบว่าปริมาณการไหลของน้ำนมในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ แพลนดี¹ พบว่ามีปริมาณการไหลของน้ำนมในกลุ่มทดลองที่ได้รับการทำ ultrasound diathermy และนวดเต้านมด้วยตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติและสามารถลดความเจ็บปวดจากการคัดตึงเต้านมที่เกิดจากท่อน้ำนม

อดตันได้อีกด้วย การศึกษาของมารียา มะแซ¹¹ พบว่าการนวดเต้านมด้วยตนเองในหญิงหลังคลอดครั้งแรกทำให้มีปริมาณการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทุกช่วงระยะเวลาที่ทำการนวดเต้านม

จากการประเมินความพึงพอใจพบว่าร้อยละ 100 ของมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองพบว่า การทำ ultrasound diathermy สามารถทำให้ผ่อนคลายได้ ความเจ็บปวดจากการคัดตึงเต้านมในขณะให้นมบุตรลดลงและไม่พบความเจ็บปวดตั้งแต่ครั้งที่ 3 ของการทำหัตถการทุกราย ความสุขสบายในขณะให้นมบุตรอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80 ลดความกังวลต่อน้ำนมไม่มา ร้อยละ 100 ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนครบ 6 เดือน

ถึงแม้ว่าการกระตุ้นการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดด้วยคลื่นเหนือเสียง (ultrasound diathermy) จะมีค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการอยู่บ้างแต่ก็ไม่มากนักคือครั้งละ 240 บาท แต่การที่ทำให้การไหลของน้ำนมมากขึ้น หมายถึงปริมาณน้ำนมที่ทารกจะได้ดื่มมีปริมาณมากขึ้นนั่นเอง มีความเป็นไปได้ว่าจะทำให้ทารกได้ดื่มนมแม่ในปริมาณที่เพียงพอ ซึ่งช่วยป้องกันการกินภาวะตัวเหลืองในทารกได้ ตามปกติแล้วมักพบภาวะนี้ในวันที่ 2-3 หลังการคลอด สาเหตุส่วนใหญ่มักมาจากการได้รับนมไม่เพียงพอ และภาวะนี้สามารถหายไปเองภายใน 3 สัปดาห์ หากทารกได้ดื่มนมในปริมาณที่เพียงพอ แต่หากภาวะตัวเหลืองมีความรุนแรงมาก ทารกอาจมีอาการซึม ดูนมน้อยลง อาจส่งผลต่อการทำงานของสมองได้¹³

นอกจากการป้องกันภาวะตัวเหลืองในทารกแล้ว ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็เป็นที่ประจักษ์จากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นจำนวนมากแล้วว่า มีประโยชน์มากมาย เริ่มตั้งแต่สารอาหารกว่า 200 ชนิดในน้ำนมแม่ซึ่งหาจากอาหารอื่นไม่ได้¹ และภูมิคุ้มกันโรคต่างๆที่มีอยู่ในน้ำนมแม่ยังสามารถส่งต่อไปยังลูกได้ โดยเฉพาะในน้ำนมเหลืองที่ไหลออกมาจากเต้านมในช่วงแรกของการคลอดบุตร นอกจากนี้ยังส่งเสริมความ

ผูกพันระหว่างแม่กับลูกด้วย ส่วนผลในระยะยาวนั้นทารกจะมีฟันบนที่เรียงตัวสวยงาม ลดการเกิดฟันผุลง มีพัฒนาการที่สมวัย มีการทรงตัวที่ดีในช่วงของการฝึกยืนและก้าวเดิน มีสติปัญญาที่เฉลียวฉลาด เมื่อโตขึ้นเป็นผู้ยังสามารถลดความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น¹⁴

ในการวิจัยครั้งนี้นอกจากการทำหัตถการด้วย ultrasound diathermy ที่เต้านมแล้ว ทีมผู้วิจัยยังมีการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของนมแม่เพิ่มเติมด้วย ซึ่งมีการให้ความรู้เรื่องนี้อยู่แล้วในกระบวนการการดูแลตามมาตรฐานกระบวนการทางการพยาบาลปกติ เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้ตระหนักถึงความสำคัญและมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วย จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่าปริมาณน้ำนมที่ไหลเพิ่มขึ้น เป็นการบ่งชี้ว่ามารดามีกระบวนการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มสูงที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลานานขึ้น⁴ เนื่องจากการตามีกำลังใจในการให้นมบุตรซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาด้วยรุ่น 6 เดือนแรกหลังคลอด พบว่ามารดาด้วยรุ่นหลังคลอดที่มีความรู้ มีทัศนคติที่ดีและมีผู้ช่วยเหลือสนับสนุน สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยสำเร็จช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอดเนื่องจากความกังวลว่าลูกจะไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ดังนั้นการกระตุ้นการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดด้วยคลื่นเหนือเสียง จึงน่าจะเป็นการทำให้หัตถการที่คุ้มค่ามากเมื่อเทียบกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารสามารถนำโปรแกรมการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือเสียง มาพิจารณากำหนดเป็นนโยบายสนับสนุนแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจทำให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น

ตอบสนองนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ
ประเทศ

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาติดตามผลของ
โปรแกรมการกระตุ้นการไหลของน้ำนมด้วยคลื่นเหนือ
เสียงต่อการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอดในระยะยาว

โดยขยายเวลาในการติดตามผลหลังคลอดเป็น 6-12
เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการเลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน รวมถึงการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่อย่างต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปีที่
สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยวรรณ แพลนดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันและการรักษาทางกายภาพบำบัดต่อภาวะเต้านมคัดตึง ในมารดาครรภ์แรก. Chumphuang Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand. Received: 26 Mar 2022; Revised: 14 Sep 2022; Accepted: 14 Sep 2022.วารสารกายภาพบำบัด 2566; 45(1): 13-24
2. ศพาวุธ เกษพาณิชย์, จันทรสุดา เลพล, จุฑามาศ เกตแก้ว, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, เจษฎาภรณ์ พงษ์เพชร, ณวิวรรณ เจียมรัมย์, ตะวันฉาย ลินลา, ปณณธร สุวรรณหา และ วิรตี เชื้อมั่น.การนวดและการประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด:การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.วารสารวิจัยนวัตกรรมการดูแลสุขภาพ, 1(2), 1-14. Received: 7 พฤศจิกายน 2565; Revised: 28 มกราคม 2566; Accepted: 21 มีนาคม 2566
3. Winichagoon P, Damrongwongsiri O. Breastfeeding situation, facilitators and obstacles, policy and program to promote breastfeeding in Thailand. J Nutr Assoc Thailand. 2020; 55(1): 66-81. (in Thai)
4. วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, วารุณี เกตุอินทร์ และ อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์. (2563). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มารดาวัยรุ่น:บทบาทพยาบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล Promotion of Breastfeeding
5. วาทีณี วิภูภิญญา. (2563). ปัจจัยล้มเหลวที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 35(5), 635-642.
6. SHELLSHEAR, Marguerite. Therapeutic ultrasound in post-partum breast engorgement. The Australian Journal of Physiotherapy, 1981, 27.1: 15-16.
7. กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม. Chulalongkornhospital.
<http://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/wpcontent/uploads/2022/10/Mechanism-and-Secrete-Milk.pdf>
8. อานิตย์ อ่องสกุล. (2564). ผลของการใช้นวัตกรรม Donut Heat Gel ต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังคลอดหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลพัทลุง The Effectiveness Donut Hot Gel Compress on First-Time Lactation after Birth in Postpartum Women. วารสารวิชาการ, 1(1), 1-15.
9. MAGGI, L. E., et al. Thermographic Evaluation Before and After the Use of Therapeutic Ultrasound in Breast Engorgement. In: *Brazilian Congress on Biomedical Engineering*. Cham: Springer International Publishing, 2020. p. 2409-2412.
10. Best, John W.1981. Research in Education. 4 rd ed. Englewood.Cliff, N.J. : Prentice Hall.
11. มาริยา มะแซ, ศศิกันต์ กาละ, วรางคณา ชัชเวช. (2562). ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก Effect of Self-Breast Massage Program on Milk Ejection of First-Time Mothers. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์, 11(3), 3-11.
12. TREENUCHAKORN, Matchima, et al. ประสิทธิภาพของการนวดกระตุ้นเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอด. Journal of Health Science-วารสาร วิชาการ สาธารณสุข, 2022, 31.Supplement 2: 269-279.
13. โรงพยาบาล บางปะกอก3. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. https://www.bangpakok3.com/care_blog/view/253
14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต. หจก.เอ.วี.โปรแกรมซีพี

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารก มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

Nursing teenage pregnancy with preterm contraction and non-reassuring fetal status

(Received: June 19,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

พรรณวดี ฉายบุญครอง¹

Phannawadee Chaiboonkrong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอการศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ มีความเสี่ยงสูงที่รุนแรง หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 16 ปี ตั้งครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 34+4 สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 6-14 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา พบว่า มาด้วยอาการเจ็บท้อง ท้องแข็งเป็นมา 20 นาที มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี สัญญาณชีพแรกจับ ชีพจร 88 ครั้งต่อ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/82 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับยา ยับยั้งการคลอด 1 ชั่วโมงยังไม่ดีขึ้น มดลูกยังหดรัด ทุก 15 นาที จึงส่งต่อโรงพยาบาลนครนายก รับรักษาในห้องคลอด 5 วัน ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ วันที่ 6 ของการรักษา อายุครรภ์ 35+2 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยมีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซีด และทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จึงดำเนินการคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกแรกเกิด Apgar score 9-10-10 น้ำหนัก 2,710 กรัม มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Dtx. 40 mg% ย้าย NICU

คำสำคัญ : การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

Abstract

This study was a case study aimed to present nursing education for teenage pregnant women with preterm labor and infants at risk of death. which is an important obstetric spoon insertion condition Severe high risk Thai woman, married status, 16 years old, first pregnancy, 34+4 weeks of pregnancy, admitted to the hospital between 6-14 December 2023. Keywords: teenage pregnancy, preterm labor, non-reassuring fetal status.

The results of the study found that she came with abdominal pain. Her stomach had been hard for 20 minutes, she had premature labor pains, there was no water to walk, the baby was moving well, first vital signs were 88 beats per minute, breathing rate 20 times per minute, blood pressure 117/82 mm Hg. After receiving birth control pills for 1 hour it was still not good enough. The uterus continued to contract every 15 minutes, so she was referred to Nakhon Nayok Hospital. Admitted for treatment in the delivery room for 5 days, unable to stop birth, on the 6th day of treatment, gestational age 35+2 weeks, the doctor diagnosed a teenage pregnancy with premature labor pains, anemia, and the baby was at risk. Died Therefore, delivery was performed by abdominal cesarean section. The newborn had Apgar score 9-10-10, weight 2,710 grams, had hypoglycemia Dtx. 40 mg%, transferred to NICU.

Keywords: nursing care for teenage pregnant women, preterm labor, infants at risk of death

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ประเทศต่าง ๆ ให้ความสนใจอย่างมาก และพยายามหาวิธีแก้ไขเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาเชิงสังคมที่มีความซับซ้อน และเกี่ยวพันกันหลาย

มิติ¹ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำไปสู่ปัญหาการเกิดที่ด้อยคุณภาพและมีความเสี่ยงด้านต่าง ๆ มากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ เช่น 1) ด้านสุขภาพ พบปัญหาเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร เกิดภาวะโลหิตจาง การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ น้ำหนักทารกแรกคลอด

¹ โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

ต่ำกว่าเกณฑ์ พัฒนาการเด็กไม่สมวัย ท้องซ้ำ 2) ด้านสังคมพบปัญหา ไม่มีอาชีพ ถูกคู่ทอดทิ้ง ครอบครัวหรือสังคมตีตรา ไม่พร้อมเลี้ยงดูบุตรเสี่ยงต่อการเรียนไม่จบ 3) ด้านเศรษฐกิจพบปัญหา ไม่มีรายได้คุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศในอนาคต² จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า วัยรุ่นในประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2 ล้านคนและวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงอายุ 15 - 19 ปี อีกประมาณ 21 ล้านคน ตั้งครรภ์และมีแนวโน้มของการตั้งครรภ์สูงขึ้นในเขตชนบท อันเนื่องมาจากสาเหตุความยากจน ขาดโอกาสทางการศึกษา และการจ้างงาน³

สำหรับสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดนครนายก ข้อมูลจากสำนักงานนํายการเจริญพันธุ์ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีในปีพ.ศ. 2553-2562 เท่ากับ 64.3, 85.4, 66.5, 69.6, 73.7, 65.4, 60.9 , 63.9, 50.5 และ 47.1 ต่อ1000 ตามลำดับ จากการติดตามสถานการณ์ การคลอดมีชีพในวัยรุ่นระยะเวลา 10 ปี พบว่า อัตราการคลอดของวัยรุ่นสูงมาก และสูงที่สุดในปี 2554 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าในระยะที่ผ่านมาจะมีแนวโน้มลดลง แต่ก็ถือว่ายังอยู่ในระดับสูง⁴ อำเภอบ้านนาามีประชากรวัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี จำนวน 7,080 คน คิดเป็นร้อยละ12.89 ของประชากรทั้งหมด มีเพศหญิงและชายเท่าๆกัน ปัญหาในวัยรุ่นที่พบติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศ คือ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่น ปี 2563-2566 เท่ากับร้อยละ 19.09, 19.86, 17.70 และ24.90 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าเป็นกลุ่มนักเรียนในระบบร้อยละ 30 และเป็นเด็กนอกระบบการศึกษา ร้อยละ 80 ยังไม่จบชั้น ม.2 เมื่อตั้งครรภ์ก็พักการเรียน และเมื่อคลอดบุตรก็ไม่กลับไปเรียนอีก ยังพบการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2563 – 2566 เท่ากับร้อยละ 16.28, 38.89, 27.12 และ 22.72 ตามลำดับ⁵

ดังนั้นผู้ศึกษาให้ความสำคัญบทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เสี่ยงต่อ

ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและบุตร เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด จึงได้จัดทำเอกสารวิชาการนี้ขึ้น โดยศึกษาเป็นกรณีศึกษา มีการรวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน นำแผนการพยาบาลที่ได้ไปปฏิบัติจริงกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อน สรุปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นแนวทางการให้การพยาบาล และใช้เป็นแนวทางการศึกษากรณีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล การประเมินผล

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา วรรณกรรม งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา และกิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก
2. คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ามารับการดูแลในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลบ้านนาและติดตามเยี่ยมต่อที่โรงพยาบาลนครนายกจำนวน 3 ครั้ง
3. ศึกษาปัญหา ความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์และวางแผนการพยาบาล ตามลำดับความสำคัญของปัญหา และประเมินผลการพยาบาล
4. ติดตามประเมินผลการพยาบาล รวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนดและการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของมารดาและทารก

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป หญิงไทยอายุ 16 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ แม่บ้าน จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ภูมิลำเนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

แหล่งที่มาของข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยที่รับไว้โรงพยาบาลบ้านนา ช่วงปีงบประมาณ 2567

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 6 ธันวาคม 2566
วันที่รับไว้ดูแล 6 ธันวาคม 2566

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 14 ธันวาคม 2566 **วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล** 13 ธันวาคม 2566

รวมวันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 9 วัน
รวมวันที่รับไว้ดูแล 8 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
มาด้วยอาการเจ็บท้อง ท้องแข็งเป็นมา 20 นาที

สรุปอาการและอาการแสดงร่วมกับการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 6 ธันวาคม 2566 เวลา 22.00 น. 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มารดา เจ็บท้อง ท้องแข็ง เป็นพักๆ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีไข้ ไอ น้ำมูก จึงมาพบแพทย์ ด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มารดา G₁P₀A₀ GA 34⁺₃ weeks by Ultra Sound with ANC low risk ผล NST reactive Uterine contraction Interval 3-4 นาที Duration 40 วินาที Admit LR ให้การรักษา โดยให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml IV rate 10 ml/hr. titrate until no Uterine contraction หลังให้ Bricanyl 1 ชั่วโมงยังมี Contraction รายงานขอคำปรึกษาแพทย์ เฉพาะทางสูติ-นรีเวชที่โรงพยาบาลจังหวัดแพทย์ให้ส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัดระหว่งส่งต่อ มีอาการปวดท้อง ท้องแข็งทุก 15 นาที ให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml เพิ่ม rate 10 ml/hr. สังเกตการหดตัวของมดลูกต่อ สังเกต FHS

7 ธันวาคม 2566 เวลา 00.46 น. ถึงโรงพยาบาลนครนายก ได้นอนรักษาที่ห้องคลอด มารดา รู้ตัวดี เจ็บครรภ์คลอด ให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml เพิ่ม rate 30 ml/hr. Titrate ขึ้นลงทีละ 5 ml/hr. until uterine no contraction DEXAMETHASONE 6 mg ฉีดทางกล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง x 4 ครั้ง เจาะ CBC Electrolyte ส่ง UA สังเกตการหดตัวของมดลูกต่อ สังเกต FHS

8 ธันวาคม 2566 มารดา รู้ตัวดี เจ็บครรภ์คลอดห่างๆ ผล NST reactive Uterine contraction Interval 4 นาที Duration 30-40 วินาที FHS 140-160 ครั้ง/นาที ปรับ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml IV rate 15 ml/hr. รับประทานยั้งการคลอดได้ มีใจสั่นเล็กน้อย

9 ธันวาคม 2566 มารดา รู้ตัวดี เจ็บครรภ์คลอดห่างๆ ครั้ง ผล NST reactive Uterine contraction มากกว่า 5 นาที Duration 30-40 วินาที FHS 140-160 ครั้ง/นาที คงให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml rate 15 ml/hr.

10 ธันวาคม 2566 มารดา รู้ตัวดี เจ็บครรภ์คลอดห่างๆ ครั้ง ผล NST reactive Uterine contraction Interval มากกว่า 5 นาที Duration 30-40 วินาที FHS 140-160 ครั้ง/นาที ให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml คงให้ rate 15 ml/hr.

11 ธันวาคม 2566 มารดา รู้ตัวดี เจ็บครรภ์คลอดถี่ขึ้น ให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml rate 15 ผล NST Non reactive Uterine มี contraction Interval 3 นาที Duration 40 วินาที FHS 140-160 ครั้ง/นาที ให้ NSS 300 ml IV lode in 30 mins. ให้ O₂ mask with bag 10 LPM นอนตะแคงซ้าย รายงานแพทย์ มีคำสั่งให้ทำการกู้ชีพทารกในครรภ์ (Intra uterine resuscitation Repeat[IUR]) NST หลังทำการกู้ชีพทารกในครรภ์ ผลคงเป็น NST Non reactive รายงานสูติแพทย์ set OR for c/s emergency c/s due to non-reassuring fetal status ผ่าตัดคลอด เด็กเกิด เวลา 10.51 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2710 กรัม ค่า Dtx. 40 mg% ย้าย NICU มารดา ย้ายสูติกรรมหลังคลอด

มารดาหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก รู้ตัวดี 12.00 น.ปวดแผลผ่าตัด คะแนนระดับความปวด (pain score) 7 คะแนน ให้ยาบรรเทาความปวด morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ จากนั้น 30 นาที หลังได้รับยาประเมินอาการปวดทุเลาลง ระดับความปวด เท่ากับ 5 คะแนน และเวลา 18.00 น. ปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวด เท่ากับ 7 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวด morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ จากนั้น 30 นาทีหลังได้รับยาอาการปวดทุเลาลง ระดับความปวด เท่ากับ 5 คะแนน มารดาหลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 82-94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20-22 ครั้งต่อนาที มีความดันโลหิตเท่ากับ 116/72 มิลลิเมตรปรอท NPO ไว้ on 5%DN/2 1000 ml.+syntocinon 20 unit ให้ทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง คาสายสวนปัสสาวะไว้ Hematocrit 30 % พยาบาลแจ้งบุตรย้าย NICU

12 ธันวาคม 2566 มารดาหลังผ่าตัดคลอด วันที่ 2 รู้ตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ปวดแผลผ่าตัด คะแนนระดับความปวด 5 มารดาหลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาสีแดงไม่มีก้อนเลือด ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน แพทย์ตรวจเย็บอาการให้ เริ่มจิบน้ำ และให้อาหารเหลวมือเย็น รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด ถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้ปกติ ถอดสายการให้สารน้ำ ลูกเดินได้ เต้านมไม่คัดตึง อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 82-84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20-22 ครั้งต่อนาที มีความดันโลหิตเท่ากับ 115/82 มิลลิเมตรปรอท มารดาวิตกกังวลเรื่องลูกคลอดก่อนกำหนด เพราะเข้ารับรักษาใน NICU

13 ธันวาคม 2566 มารดาหลังผ่าตัดคลอด วันที่ 3 รู้ตัวดี สดชื่น ปวดแผลผ่าตัด คะแนนระดับความปวด 3 คะแนน มารดาหลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือแผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาสีแดงไม่มีก้อนเลือด ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน แพทย์ตรวจเย็บอาการให้อาหารอ่อน มือเย็น เป็นอาหารธรรมดา รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด เต้านมไม่คัดตึง อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 80-86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20-22 ครั้งต่อนาที มีความดันโลหิตเท่ากับ 120/72 มิลลิเมตรปรอท มารดาไปเยี่ยมบุตรที่ NICU

14 ธันวาคม 2566 มารดาหลังผ่าตัดคลอด วันที่ 4 รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด ช่วยเหลือตัวได้ดี เต้านมเริ่มคัดตึง อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 88-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 72 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตเท่ากับ 126/70 มิลลิเมตรปรอท ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย pain score 3 แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ทำความสะอาดแผล แผลไม่มีบวมแดง ลักษณะแผลดีดี ปิดพลาสติกเกอร์กันน้ำไว้ น้ำคาวปลาสีแดงจางไม่มีก้อนเลือด ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน ป้อนนมไปให้ทารกที่ห้อง NICU มารดาหลังคลอดอาการทั่วไปปกติแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ และมีนัดตรวจติดตามอาการเน้นย้ำกับมารดาและญาติเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด ประสานงานกับห้องผู้ป่วย NICU เพื่อนัดหมายการเยี่ยมบุตรอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการพยาบาลข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ตารางที่ 1 กระบวนการพยาบาลข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์ เนื่องจากมดลูกหดตัว ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย

ตารางที่ 1 กระบวนการพยาบาลข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
S : "ขณะท้องแข็ง จะเจ็บปวดเป็นพักๆ" O : มารดาหน้านิวคิวมวด เอามือจับท้อง มี Contraction Interval 5 นาที Duration 10 วินาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม เกณฑ์การประเมินผล ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม	2. แจ้งผลการตรวจ แนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และพูดคุยให้กำลังใจ สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล 3. ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐาน ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4. สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์ 5. ประเมิน Pain score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์ 7. ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป การประเมินผลการพยาบาล มารดาทุเลาเจ็บครรภ์สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม NST No contraction Pain score 3 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน O: มารดา G₁P₀A₀L₀ GA 34⁺⁴ by ultrasound มี Contraction Interval 5 นาที Duration 10 วินาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความรู้ซึ่งมารดาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2. อธิบายอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษาและแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3. ให้เอกสารความรู้เรื่อง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้มารดาทราบถึงอาการและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 4. สอนและสาธิตวิธีการประเมินการหดตัวของมดลูกให้มารดา ประเมินผลการพยาบาล มารดาสามารถบอกอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัว และการประเมินการหดตัวของมดลูกได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน O: อายุครรภ์ 34⁺⁴ สัปดาห์ Hematocrit 30 % - อัตราการเต้นของหัวใจทารก 144 ครั้งต่อนาที - การหดตัวของมดลูก Interval 3-4 นาที Duration 30 วินาที - ตรวจภายในปากมดลูก Finger Tip วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น มารดาคลอดก่อนกำหนดหรือทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น มารดาคลอดก่อนกำหนดหรือทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้มารดาได้รับยา Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml rate 15 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประเมินภาวะสุขภาพของมารดา เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงในการได้รับยาป้องกันการคลอด เช่น มือสั่น ใจสั่น ตื่นเต้น กระวนกระวาย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกและหายใจไม่สุด 2. ประเมินการหดตัวของมดลูก เพื่อติดตามผลการดูแลรักษา 3. ประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและรายงานให้ทราบทันที ถ้ามีอาการดังนี้ ปวดหลังส่วนล่าง ปวดเกร็งหน้าท้องคล้ายปวดประจำเดือนเลือดออกทางช่องคลอด มีน้ำเดิน 4. แนะนำและดูแลให้มารดานอนพักบนเตียงและจำกัดกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อช่วยลดการหดตัวของมดลูก 5. ดูแลให้มารดาได้รับยา DEXAMETHASONE 6 mg ฉีดทางกล้ามเนื้อ ครั้งละ 6 mg ทุก 12 ชั่วโมงจำนวน 4 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ 6. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ 7. ส่งเสริมให้มารดานอนตะแคงเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น ประเมินผลการพยาบาล 1. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110-160 ครั้งต่อนาที 2. Interval > 5 นาที Duration 10 วินาที 3. สัญญาณชีพปกติ

ตารางที่ 1 กระบวนการพยาบาลข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด
และระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอกว่า “กลัวเมื่อไหร่จะคลอด จะมีอันตรายไหม ลูกจะปลอดภัยไหมคะ” O: มารดามีสีหน้าวิตกกังวล หน้าขาว คิ้วขมวด สอบถามถึงอันตรายต่อตนเองและทารก วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล มารดาคลายความวิตกกังวล พักผ่อนได้ มีสีหน้าสดชื่น พุดคุยด้วยความเป็นกันเอง	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าวๆให้ทราบ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจ 2. อธิบายแผนการรักษา การตรวจ ความก้าวหน้าของการคลอดให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจเนื่องจากการรับรู้เหตุผลในการพยาบาลจะช่วยลดความหวาดหวั่นวิตกกังวลได้ 3. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาได้พักในระยะมดลูกคลายตัว 4. ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์และการคลอด เปิดโอกาสให้ ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวและกังวลเพื่อลดความวิตกกังวล 5. แจ้งมารดาทราบและอธิบายให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่นุ่มนวลใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แสดงท่าทีที่สนใจ และตั้งใจฟังเพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล 6. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการ และให้กำลังใจ การประเมินผลการพยาบาล มารดาคลายความวิตกกังวลลง พักผ่อนได้ในระยะขณะมดลูกคลายตัว มีสีหน้าสดชื่นขึ้น พุดคุยด้วยท่าทีเป็นกันเองปฏิบัติตามคำแนะนำได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง ข้อมูลสนับสนุน S : “ท้องแข็งจังค่ะ” O : FHS ไม่สม่ำเสมอ 136 - 148 ครั้งต่อนาที วัตถุประสงค์การพยาบาล ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล FHS 140-160 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ชัดเจนดี NST ผล reactive	กิจกรรมการพยาบาล 1. ฟัง FHS อย่างสม่ำเสมอ 2. ตรวจ NST ซ้ำแฉะครั้ง หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ 3. แนะนำมารดาให้นอนตะแคงซ้ายและหายใจลึกๆไม่กลั้นหายใจเมื่อเจ็บครรภ์ 4. รายงานแพทย์ผล NST Non reactive FHS 150-160 ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ 5. สูติแพทย์ นัดผ่าตัดทันที C/S due to fetal distress การประเมินผลการพยาบาล FHS 150-160 ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ ชัดเจนดี NST ผล Non reactive
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด ข้อมูลสนับสนุน O: มารดาเสียเลือดขณะคลอด 500 ซีซี อยู่ในระยะ 1-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด : Hematocrit 30 % วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่มีภาวะตกเลือดจากการผ่าตัดคลอด เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการหดตัวของมดลูก หากพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี ควรนวดที่ยอดมดลูกทันที โดยวางมือเหนือ หัวเหน่า อีกมือข้างวางที่ยอดมดลูกวนคลึงที่ยอดมดลูกเบาๆ ด้วยปลายนิ้วจนกว่าจะแข็ง 2. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการหดตัว 3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวพร้อมบันทึก ทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 4. สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดหลังผ่าตัดคลอด 5. ดูแลให้ได้รับ oxytocin 20 units ในสารน้ำ 5%DN/2 1,000 ml. Rate 120 ml/hr. 6. ติดตามค่า Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง หากลดลงมากกว่า 3 % รายงานแพทย์ 7. ดูแลให้สารน้ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 1 กระบวนการพยาบาลข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอก “ปวดแผลผ่าตัดให้ 7 คะแนน” O: หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวดให้มารดาสุขสบายขึ้นและปวดแผลลดลง เกณฑ์การประเมินผล 1. มารดาปวดแผลลดลง หรือคะแนนความปวด (Pain score) < 7 คะแนน 2. มารดามีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง 2. แนะนำให้ใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว 3. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจที่การควบคุมหายใจ เข้า ออก 4. ให้การพยาบาลแก่มารดา ด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลลดลง 5. ดูแลให้ยาแก้ปวด morphine 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เวลา 12.00 น. และเวลา 18.00 น. ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาแก้ปวด การประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และไม่บ่นเจ็บปวดแผลผ่าตัด หลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับคะแนนความปวดลดลง (Pain score) 5 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอก “ลูกปลอดภัยมั้ย ต้องไปรักษาที่ ICU เด็กนานมั้ย” O: ทารกแรกเกิด Dtx. 40 mg% น้ำหนัก 2710 กรัม AS 9-10-10 admitted NICU วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล 1. มารดาคลายความวิตกกังวล 2. มารดามีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความวิตกกังวล ด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง 2. สร้างสัมพันธ์ภาพกับบิดามารดาของทารก 3. แจ้งอาการและอาการแสดงเบื้องต้น 4. แนะนำวิธีปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมทารก 5. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย การประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส คลายความวิตกกังวล และเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์

สรุปและอภิปรายผล

หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 16 ปี ตั้งครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 34⁺4 สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 6-14 ธันวาคม 2566 มาด้วยอาการเจ็บท้อง ท้องแข็งเป็นมา 20 นาที มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี สัญญาณชีพแรกเริ่ม ชีพจร 88 ครั้งต่อ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อ นาที ความดันโลหิต 117/82 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับยาหยั่งการคลอด 1 ชั่วโมงยังไม่ดีขึ้น มดลูกยังหดรั้ง ทุก 15 นาที จึงส่งต่อโรงพยาบาลนครนายก รับรักษาในห้องคลอด 5 วัน ไม่สามารถหยั่งการคลอดได้ วันที่ 6 ของการ

รักษา อายุครรภ์ 35⁺2 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยมีการตั้งครรภ์ในวัยร่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ชีต และทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จึงดำเนินการคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกแรกเกิด Apgar score 9-10-10 น้ำหนัก 2,710 กรัม มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Dtx. 40 mg% ย้าย NICU ข้อมูลพบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ 1) ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรั้ง 2) เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3) มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด 5) ทารก

ในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง 6) เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด 7) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณผ่าตัด และ 8) วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก รวมวันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 9 วัน รวมวันที่รับไว้ดูแล 8 วัน

จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งต้องรับทำการผ่าตัดโดยด่วน หากปล่อยให้มีการดำเนินของโรคทารกอาจจะเสียชีวิตได้ สตรีแพทย์จึงพิจารณาการยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จึงทำให้มารดาและทารกผ่านระยะคลอดไปได้อย่างปลอดภัย¹ ซึ่งหากพยาบาลไม่มีทักษะ ความชำนาญในการดูแลมารดาและทารกระหว่างคลอด ก็อาจทำให้ประเมินอาการไม่ได้ หากอาการรุนแรงขึ้นทารกอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลด้านสุขภาพซึ่งหมายถึง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ให้การดูแลรักษามารดาผ่าตัดคลอดอย่างรวดเร็วใกล้ชิด และมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงตัวมารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติ ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤตมาได้อย่างปลอดภัย⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในทีมงานอยู่เสมอ พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้

ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์หรือนวัตกรรมทางการแพทย์มาใช้ในการพัฒนาการดูแลมารดาขณะรอคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตลอดจนมีการฝึกฝนด้วยการจำลองสถานการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถจะช่วยเหลือมารดาได้ทันท่วงที

2. พัฒนา/ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งประเด็นรายการประเมิน การเฝ้าระวัง ความถี่ในการเฝ้าระวังที่จะช่วย Alert หรือ Warning signs ให้ตระหนักและเร่งรับรายงานแพทย์

3. กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอด ควรมีการแบ่งหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่มารดาและญาติ เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงและแนวทางการดูแลรักษา

4. ควรมีการสื่อสารทำความเข้าใจเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยงเครือข่ายห้องคลอด ด้วยระบบ One Province One Labor room รวมถึงการพัฒนาความรู้และทักษะ ความสามารถแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ ที่ต้องรับบทบาทการคลอดฉุกเฉิน การประเมินภาวะฉุกเฉินของมารดาและทารก เพื่อให้สามารถประเมิน เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน ให้การพยาบาล การส่งต่อมารดาและทารกได้อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. ยุพเยาว์ วิศพรณ. ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559; 27: 1-16.
2. รักษิณี บุตรชน และคณะ. การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย: ความสัมพันธ์ระหว่างหลักฐานและนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561; 27: 1011-1022.
3. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.
4. สถิติข้อมูลการฝากครรภ์. (2566) งานฝากครรภ์. โรงพยาบาลบ้านนา
5. Osterman, M. J. K., Hamilton, B. E., Martin, J. A., Driscoll, A. K., & Valenzuela, C.P. (2022). Births: Final data for 2020 (National Vital Statistics Reports Volume 70, Number
6. World Health Organization. Adolescent Pregnancy. 2018 เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พ.ค. 67. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

**ผลของการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS)
ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันต่อผลลัพธ์การปฏิบัติการ
พยาบาล ตึกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร**

**The Effects of Using the Pediatric Early Warning Score (PEWS) Screening with Standards of
Nursing for Pediatric Acute Respiration infection on Nursing Outcome in Child Department at
Bamrasnaradura Infection Disease Institute.**

(Received: May 21,2024 ; Revised: June 19,2024 ; Accepted: June 21,2024)

รัตนกรณ์ บวรนิชพงษ์¹

Rattanaporn Bavornwanitchapong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ตึกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม 1)พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน 2)ผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันจำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการใช้กระบวนการทางพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน 2)แบบสอบถามการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางแบบประเมิน Pediatric Early Warning Score 3)แบบสอบถามการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล 4)แบบประเมินคุณภาพแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล 5)แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล 6)แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้แนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางแบบประเมิน Pediatric Early Warning Score และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.001$) ซึ่งผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : มาตรฐานการพยาบาล, โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน, Pediatric Early Warning Score : PEWS

Abstract

This research is a quasi-experimental study. The objective was study the results of using the Pediatric Early Warning Score (PEWS) Screening with Standards of Nursing for Pediatric Acute Respiration infection on Nursing Outcome in Child Department at Bamrasnaradura Infection Disease Institute. There were 2 sample groups: 1) professional nurses were 10 people 2) pediatric patients with acute respiratory infection were 30 people. The research tools included 1) Guideline for using the Pediatric Early Warning Score (PEWS) Screening with Standards of Nursing for Pediatric Acute Respiration infection 2) Questionnaire on perception of professional nurse's ability to use the Pediatric Early Warning Score assessment guideline 3) Questionnaire for perception of professional nurses' ability to provide standard of nursing care 4) Quality assessment form for guideline of using the Pediatric Early Warning Score Screening with standards of nursing care 5) Nursing outcome evaluation form. 6) Parent's satisfaction assessment with using the Pediatric Early Warning Score with standards of nursing care. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and t-test statistics.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำราศนราดูร

The results found that professional nurses had an average score of their perception with the ability of professional nurses to use the Pediatric Early Warning Score assessment guidelines and an average score of their perception with the ability of professional nurses to provide care according to standards of nursing care. It was higher after the experiment than before the experiment. Statistically significant ($p < .001$). The parent of satisfaction who pediatric patients with acute respiratory infection were the highest level of satisfaction with the guideline of using.

Keywords: Standards of Nursing care, Acute Respiratory Infection, Pediatric Early Warning Score (PEW)

บทนำ

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันพบในเด็กบ่อยและมีอาการรุนแรง เกิดจากการติดเชื้อซึ่งพบได้ทั้งจากเชื้อไวรัสและแบคทีเรียทำให้เกิดปอดอักเสบ อาการที่พบ มีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต¹ ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พ.ศ.2566 จำนวน 79,104 ราย อัตราป่วย 2,635.00 ต่อแสนประชากร พบรายงานผู้เสียชีวิต 5 ราย อัตราเสียชีวิต 0.17 ต่อแสนประชากรส่วน ซึ่งการดูแลรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ หากไม่มีมาตรฐานในการปฏิบัติที่ดีเหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจแล้ว อาจส่งผลกระทบให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาได้²

จากสถิติตีพิมพ์วารสารการแพทย์พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันปี 2564-2566 มีจำนวน 113, 165 และ 239 ราย ตามลำดับ(เวชสถิติสถาบันบำราศนราดูร)¹⁰ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2564, 2565, 2566 พบผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันมีอาการรุนแรงมากขึ้นต้องย้ายไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit) โดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 2.65, 2.42, 2.92 ตามลำดับ ส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาทบทวนพบว่า การบันทึกอาการและการพยาบาลขาดความต่อเนื่องหรือมีการประเมินภาวะต่าง ๆ ขาดการ

ประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม ไม่สามารถประเมินได้ถึงอาการที่ผิดปกติและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยในขณะที่ดูแลไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะกึ่งวิกฤต (Impending Respiratory Failure) ที่ได้รับการแก้ไขและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้ระบบสัญญาณเตือน (Pediatric Early Warning Score: PEWS) จึงสำคัญและช่วยในการประเมินผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงภาวะวิกฤต ที่อาจจะมีอาการแย่ลงอย่างรวดเร็วและจำเป็นต้องย้ายไปยังหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตแบบมีการวางแผนไว้ก่อน³ ระบบสัญญาณเตือน มีการใช้อย่างกว้างขวางในต่างประเทศ โดยในประเทศสหราชอาณาจักร ใช้ Standardized Early Warning Scoring System (SEWS) ในการทำนายอัตราการเสียชีวิตและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ประเทศในเครือสหราชอาณาจักรมีการใช้ National Early Warning Score (NEWS)⁴ ส่วนในประเทศไทยก็มีการนำมาใช้ เช่น Pediatric Ramathibodi Early Warning System เพื่อเป็นสัญญาณ เตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและช่วยให้ทีมร่วมกันตัดสินใจ ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม⁵

มาตรฐานการพยาบาลคือกระบวนการพยาบาล หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีขั้นตอนที่พยาบาลคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล⁶ กระบวนการพยาบาลจึง

เป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาลอย่างยิ่ง ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น⁷

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) นำมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันบำราศนราดูร ร่วมกับการนำมาตรฐานการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ในขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ จะช่วยให้การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันได้ถูกต้องและครอบคลุม และมีการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลจากจำนวนวันนอน การย้ายไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก การส่อต่อและความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กต่อการให้พยาบาลโดยสร้างเป็นแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการใช้กระบวนการทางพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางแบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้นิเทศการพยาบาล

ประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองกลุ่มเดียว (Pretest-Posttest One Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยดำเนินการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling Technique) โดยเลือกพยาบาลวิชาชีพทุกรายที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 10 ราย พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยจะได้การอบรมแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการใช้กระบวนการทางพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน พยาบาลวิชาชีพนำแนวทางการใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ตั้งแต่แรกเริ่มใหม่และประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง ในแบบบันทึก Pediatric Early Warning Score (Pews) สถาบัน

บําราศนราทร จนกระทั่งผู้ป่วยเด็กจำหน่ายออกจากสถาบันบําราศนราทร จำนวน 30 ราย

2. ผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดไว้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามข้อเสนอแนะ Polit and Beck (2006) โดยใช้ (power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.04 ตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยทั้งสอง คือ อย่างน้อยสุดควรมี 30 ราย ตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 ราย ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการดูแลตามแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการใช้กระบวนการทางพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่มได้รับการรักษาในตึกกุมารเวชกรรม และประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์จำนวน 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางเด็ก จำนวน 1 ท่าน พยาบาลด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่คำนวณได้ คือ 0.93 ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 7 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การพยาบาลเด็ก (ระยะเวลาเดือน ปี) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตึกกุมารเวชกรรม สถาบันบําราศนราทร (ระยะเวลาเดือน ปี) ประสบการณ์การใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) (เคย, ไม่เคย)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคที่เข้ารับการรักษารักษา

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางแบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ซึ่งแบบสอบถามมีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน¹³ ดังนี้

คะแนน 5 = มั่นใจมากที่สุด หมายถึง มีความมั่นใจอย่างเต็มที่ว่าจะสามารถปฏิบัติในข้อนั้นได้สำเร็จมากที่สุด

คะแนน 4 = มั่นใจมาก หมายถึง มีความมั่นใจเป็นส่วนมากว่าจะสามารถปฏิบัติในข้อนั้นได้สำเร็จ

คะแนน 3 = มั่นใจปานกลาง หมายถึง มีความมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถปฏิบัติในข้อนั้นได้

คะแนน 2 = มั่นใจน้อย หมายถึง มีความมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถปฏิบัติในข้อนั้นได้

คะแนน 1 = ไม่มั่นใจเลย หมายถึง มีความไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถปฏิบัติในข้อนั้นได้

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางเด็ก จำนวน 1 ท่าน พยาบาลด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่คำนวณได้ คือ 0.91

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งแบบสอบถามมีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 5 = มั่นใจมากที่สุด หมายถึง มีความมั่นใจอย่างเต็มที่ว่าจะสามารถปฏิบัติในข้อนั้นได้สำเร็จมากที่สุด

คะแนน 4 = มั่นใจมาก หมายถึง มีความมั่นใจเป็นส่วนมากว่าจะสามารถปฏิบัติในข้อนั้นได้สำเร็จ

คะแนน 3 = มั่นใจปานกลาง หมายถึง มีความมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถปฏิบัติในข้อนั้นได้

คะแนน 2 = มั่นใจน้อย หมายถึง มีความมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถปฏิบัติในข้อนั้นได้

คะแนน 1 = ไม่มั่นใจเลย หมายถึง มีความไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถปฏิบัติในข้อนั้นได้ การแปลผลค่าเฉลี่ยระดับความมั่นใจความความสามารถ¹³

4.55-5.00 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุด

3.55-4.54 หมายถึง มีความมั่นใจมาก

2.55-3.54 หมายถึง มีความมั่นใจปานกลาง

1.55-2.54 หมายถึง มีความมั่นใจเล็กน้อย

1.00-1.54 หมายถึง ไม่ความมั่นใจเลย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางเด็กจำนวน 1 ท่าน พยาบาลด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่คำนวณได้ คือ 0.86

ชุดที่ 5 แบบประเมินคุณภาพแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. แบบประเมินคุณภาพการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 2 ระดับคือ คะแนน 0 คือ ไม่ถูกต้อง คะแนน 1 คือ ถูกต้อง

ส่วนที่ 2. แบบประเมินคุณภาพแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

4 หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้ง
3 หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง
2 หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
1 หมายถึง	ปฏิบัตินานๆครั้ง
0 หมายถึง	ไม่ปฏิบัติเลย

ชุดที่ 6 แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนและการส่งต่อ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ชุดที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้แนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจและน้อยที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยของคะแนน¹³ ดังนี้

4.55-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ มากที่สุด

3.55-4.54 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ มาก

2.55-3.54 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

1.55-2.54 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ น้อย
1.00-1.54 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ น้อย
ที่สุด ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2.ทดสอบความแตกต่างคะแนนการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้กระบวนการทางพยาบาลและการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางแบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test

3. แบบประเมินคุณภาพแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการใช้กระบวนการทางพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน วิเคราะห์ด้วยร้อยละ

4. แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้นโยบายการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการใช้กระบวนการทางพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน วิเคราะห์ด้วยผลค่าเฉลี่ยของคะแนน

ผลการศึกษา

1.จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ราย ส่วนใหญ่มีอายุ 36 – 40 ปี (ร้อยละ 40) โดยมีค่าเฉลี่ยอายุ 34 ปี มีระดับ

การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การพยาบาลเด็ก 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ในด้านประสบการณ์การใช้แบบประเมิน Pediatric Early พบว่าและไม่เคยมีประสบการณ์คิดเป็นร้อยละ 100

2.ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเด็กเป็นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 63.3 มีอายุ 1 – 5 ปี ร้อยละ 60 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุ 2.45 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่คลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 53.3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 66.7 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจโควิด 19 คิดเป็นร้อยละ 30 โรคที่เข้ารับการรักษารด้วยโรคหลอดลมอักเสบ ร้อยละ 40

3.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางแบบประเมิน

Pediatric Early Warning Score (PEWS) ก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ก่อนการทดลอง 16.10 (SD=2.254) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ 23.70 (SD=1.252) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) มีระดับการรับรู้ตนเองต่อความสามารถพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางแบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) โดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับมีความมั่นใจมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมีความมั่นใจมากที่สุด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ ที ของการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางแบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) (n=10 ราย)

คะแนนการรับรู้	n	Mean	S.D.	t	p
ก่อนการทดลอง	10	16.10	2.254	14.032	<.001
หลังการทดลอง	10	23.70	1.252		

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตนเองต่อความสามารถโดยรวม

คะแนนการรับรู้	การรับรู้ตนเองต่อความสามารถ			
	ก่อน		หลัง	
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ระดับการความมั่นใจตนเองต่อ ความสามารถ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ระดับการความมั่นใจ ตนเองต่อความสามารถ
โดยรวม	3.22	มาก	4.74	มากที่สุด

4. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความสามารถของ พยาบาลวิชาชีพในการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ ($p<.001$) มีระดับการรับรู้ตนเองต่อ ความสามารถ โดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับมี ความมั่นใจมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมีความ มั่นใจมากที่สุด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ ที ของการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองจำนวน (n=10 ราย)

คะแนนการรับรู้	n	Mean	S.D.	t	p
ก่อนการทดลอง	10	57.40	4.115	10.261	<.001
หลังการทดลอง	10	72.70	2.214		

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตนเองต่อความสามารถโดยรวม

คะแนนการรับรู้	การรับรู้ตนเองต่อความสามารถ			
	ก่อน		หลัง	
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ระดับการความมั่นใจตนเองต่อ ความสามารถ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ระดับการความมั่นใจ ตนเองต่อความสามารถ
โดยรวม	3.80	มาก	4.84	มากที่สุด

5. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองคะแนน คุณภาพแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) มีความถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 93.33 ส่วนคะแนนคุณภาพแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการ ดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจมีความถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 91.90

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยร้อยละ คะแนนคุณภาพแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (n=30 ราย)

คะแนนคุณภาพ	จำนวน (n)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย (Mean)
แนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS)	28	93.33	0.98
แนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับ การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	30	91.90	3.91

6. การประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล จาก มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยโรงพยาบาล 4.13 ส่วนใหญ่ ไม่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก คิดเป็นร้อยละ 93.33 การย้าย ไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโดยได้วางแผนจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 และความพึงพอใจของ

ผู้ปกครองเด็กต่อการให้การพยาบาลโดยสร้างเป็นแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ตารางที่ 6 ข้อมูลผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล (n=30 ราย)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอนเฉลี่ยโรงพยาบาล	4.13	-
การย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก		
ไม่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก	28	93.33
ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยได้วางแผน	2	6.67
ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน	-	-
การส่งต่อ	-	-

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้แนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (n=30 ราย)

หัวข้อ	คะแนนความพึงพอใจ				
	n	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ท่านมีพึงพอใจแบบใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ผู้ป่วยเด็ก	22	73.33	4.666	.606	มากที่สุด
ท่านมีพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล	21	70	4.633	.614	มากที่สุด
ท่านมีพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด	22	73.33	4.633	.718	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ แนวทางแบบประเมิน Pediatric Early Warning Score และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความสามารถของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ภายหลัง การทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ ($p < .001$) และหลังการทดลองการรับรู้ต่อ ความสามารถอยู่ในระดับมีความมั่นใจมากที่สุด ผล การศึกษาแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้แก่พยาบาล วิชาชีพ เรื่องแนวทางแบบประเมิน Pediatric Early

Warning Score ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการ พยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เฉียบพลัน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความมั่นใจ เพิ่มขึ้น นำไปใช้ในการประเมินเฝ้าระวังอาการเตือน ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตและให้การพยาบาลการกับผู้ป่วย เด็กโดยใช้การกระบวนกรพยาบาลที่เป็นเครื่องมือที่มี ความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาลอย่างยิ่ง ซึ่งพยาบาล วิชาชีพทุกคนต้องนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ แก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและ มีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งส่งผลต่อ คุณภาพการพยาบาลสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ

ในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น อันนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดการย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนตรา แก้ววิเชียรและคณะ⁸ ที่ทำการศึกษาศักยภาพของระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลงเป็นระบบและกระบวนการประเมินที่สามารถป้องกันความรุนแรงของโรคที่เข้าใจง่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยในการจัดการทางคลินิก ติดตามอาการที่ไม่พึงประสงค์ ป้องกันความเสี่ยง และการใช้การคัดกรองด้วยระบบสัญญาณเตือนอาการเปลี่ยนแปลง ยังมีความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการตายของผู้ป่วยในลดน้อยลง

คุณภาพแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองคะแนนคุณภาพแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) มีความถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 93.33 ส่วนคะแนนคุณภาพแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ปฏิบัติได้โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 91.90 โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบการประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) เพื่อให้พยาบาลใช้ได้ ง่าย สะดวก เหมาะสมกับช่วงอายุของผู้ป่วยเด็ก⁹ จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล

ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลหมายถึง ผลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอาการ สถานะสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยโรงพยาบาล 4.13 ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง ซึ่งจากสถิติของตึกกุมารเวชกรรม

สถาบันบำราศนราดูร ปีพ.ศ. 2566¹⁰ ผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันอายุ 1 -5 ปี มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยโรงพยาบาล 5.38 ลดการย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร³ ที่ทำการศึกษาศักยภาพของระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็ก (Pediatric Early Warning System-PEWS) โรงพยาบาลศิคราม ได้กล่าวว่า ระบบสัญญาณเตือนนี้สามารถทำนายการย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต การส่งต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้ดี และช่วยดักจับอาการก่อนเกิดอาการทรุดรุนแรงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กต่อการให้การพยาบาลตามแนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด

การศึกษางานวิจัยครั้งนี้แนวทางการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ใช้ในการประเมินและรวบรวมข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล มีเวลาที่ชัดเจนในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่าย ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ลดความซ้ำซ้อน มีประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพเกิดความเข้าใจและมั่นใจ เพื่อดูแลผู้ป่วยเด็กให้ผ่านภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการใช้แบบประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) ในผู้ป่วยทุกราย เพื่อ ป้องกันการเกิดอันตรายในภาวะวิกฤติ สามารถเฝ้าระวังอาการ

เปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ให้การรักษาทันที
ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยหายกลับบ้านและลดการย้ายหอ
ผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้อาณัติ

2. ควรมีการติดตามผลการใช้และนำผลมา
ปรับปรุงเพื่อได้รูปแบบที่ใช้ง่ายและมีประสิทธิภาพมาก
ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การ
สนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถจนงานวิจัย
ครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กพ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์เอ็นเทอร์
2. สถานการณ์โรคติดเชื้อในเด็ก 5 อันดับแรก. นางอรัญญา ทองผาสุก กลุ่มงานโรคติดต่อในเด็ก กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต].2566 [สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4148720240312035207.pdf>
3. อำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร ประสิทธิภาพของระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็ก (Pediatric Early Warning System-PEWS) โรงพยาบาลศิริราช. ศรีนครินทร์เวชสาร 2566;3ค(1): 19-28
4. National Paediatric Early Warning Score Chart Training Package (2017) [อินเทอร์เน็ต].2566 [สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://ihub.scot.nhs.uk/media/2063/pews-education-pack-updated-july-17.pdf>
5. Somporn Poolpanitopatum. Pediatric Ramathibodi Early Warning System. [อินเทอร์เน็ต].2017 [สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://acrobat.adobe.com/id/um:aaid:sc:ap:d38da7dc-fd4f-4db5-af55-e36e7b23739d>
6. สภาการพยาบาล.มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562.ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๖ ตอนพิเศษ ๙๗ ง ๑๘ เมษายน ๒๕๖๒ หน้า 30 – 36.
7. อรพันธ์ หาญยุทธ (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ Nursing Process and Implications. วารสารพยาบาลทหารบก 2014: 15(3): 137–143.
8. สุนตรา แก้ววิเชียรและคณะ (2565) ผลของการใช้แบบประเมินการคัดกรองโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกต่อผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล ในสถาบันเด็กแห่งชาติมาทราซินี วารสารกรมการแพทย์ 2565: 47(4): 24-36
9. Yamini Krishnan a, *, Gazel Sainulabdin b, V. Sankar Uma c, P.S. Sreedharan d, Narayanankutty Warri. Clinical audit of a Paediatric Emergency Warning Score (PEWS) in the paediatric oncology unit of a newly established tertiary cancer institute. (2020). Pediatric Hematology Oncology Journal 5 (2020) 69e7.
10. กลุ่มภารกิจเวชสถิติ สถาบันบำราศนราดูร, 2566.
11. พนิดา จันทรัตน์และคณะ(2563).การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสงขลา วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566: 32(1): 109-11
12. ศิริวรรณ วัฒนะ(2563) ผลของ Pediatric Early Warning Score : PEWS ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อเฉียบพลัน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อำเภอมะนัง จังหวัดกาญจนบุรี วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น 2563: 1(3): 92-107
13. บัณฑิต ศรีนิล. 2560. “เอกสารประกอบการเรียน การออกแบบวิจัยธุรกิจ การเก็บรวบรวมข้อมูล การออกแบบสอบถาม และการเลือกตัวอย่าง”. เชียงใหม่ : คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสิทธิภาพการตรวจติดตามความเค็มในอาหารด้วยเครื่องวัดเค็มในผู้ป่วยสูงอายุ
ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ในตำบลร่อนพิบูลย์

The effectiveness of salt - monitoring in diet using a salt meter for elderly uncontrolled
hypertension patients in Ron Phibun Sub-District.

(Received: May 19,2024 ; Revised: June 2,2024 ; Accepted: June 3,2024)

ทัศนาศุข¹ ศิริธัญญ์ ตัญญุญยกิจ² ธเนศ สังข์ศรี³

Tatsana Kotchan¹ Siritun Thunboonyakid² Tanes Sangsri³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เครื่องวัดเค็มและการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีเกลือสูงในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ (ค่าเฉลี่ย systolic blood pressure (SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ย diastolic blood pressure (DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท) งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มเปรียบเทียบโดยสุ่มเลือกผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้าร่วมโปรแกรมโดยการใช้เครื่องวัดเค็มในอาหารก่อนรับประทานอาหารและการให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) และให้ความรู้เพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) และทดสอบความไวต่อการรับรสเค็ม เป็นเวลา 6 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมทั้งหมด จำนวน 114 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 57 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 57 ราย มีอายุเฉลี่ย 73.56 ± 9.10 และ 74.73 ± 9.01 ปี ตามลำดับ พบว่าหลังจากสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่า SBP และ DBP อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) โดยมีค่าเฉลี่ย SBP เท่ากับ 137.01 ± 8.98 มิลลิเมตรปรอท (ลดลง 8.81) และค่าเฉลี่ย DBP เท่ากับ 94.19 ± 3.17 มิลลิเมตรปรอท (ลดลง 13.12) ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนความไวต่อการรับรสเค็มที่ความเข้มข้นเกลือต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($P < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.78 ± 13.14 มิลลิโมลต่อลิตร (ลดลง 4.99)

คำสำคัญ: เครื่องวัดเค็ม, ความดันโลหิตสูง, ความไวต่อการรับรสเค็ม

Abstract

This randomized controlled trial aimed to investigate the efficacy of salt meters and food education in the elderly with uncontrolled hypertension (Systolic Blood Pressure (SBP) ≥ 140 mmHg and Diastolic Blood Pressure (DBP) ≥ 90 mmHg). Older ages ≥ 60 were randomly selected to participate in the program by using a salt meter in food before eating and providing knowledge (Experimental group) or providing knowledge only (Control group) and monitoring the results of changes in blood pressure and salty taste threshold for 6 weeks.

There were 114 patients enrolled in the program, including 57 in the experimental group and 57 in the control group, with an average age of 73.56 ± 9.10 and 74.73 ± 9.01 years old, respectively. At the end of the intervention (week 6), the experimental group showed substantial changes in SBP and DBP in signification ($P < 0.05$), with an average SBP of 137.01 ± 8.98 mmHg (reduced by 8.81) and an average DBP of 94.19 ± 3.17 mmHg (reduced by 13.12), respectively. In addition, the experimental group demonstrated a significant decrease in sensitivity to salty taste at lower salt concentrations compared to the control group ($P < 0.001$), with an average value of 23.78 ± 13.14 mmol/L (reduced by 4.99).

Keywords: Salt meter, hypertension, salt taste sensitivity

¹ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

² นายแพทย์ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

³ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ Corresponding Author: tanes.s@pnu.ac.th

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดหัวใจหลายอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจล้มเหลว อุบัติเหตุหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident; CVA) และไตวาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure; SBP) เพิ่มขึ้นทุก ๆ 20 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิตช่วงล่าง (diastolic blood pressure; DBP) เพิ่มขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจวายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction; MI) และโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 2 เท่า¹ ซึ่งการลดการบริโภคเค็มถือเป็นหนึ่งในวิธีการช่วยลดภาวะความดันโลหิตสูงได้โดยไม่ต้องรับประทานยา² จากการสำรวจพบว่าคนไทยบริโภคเกลือมากกว่า 9.1 กรัมต่อวัน ซึ่งสูงกว่าระดับอ้างอิงของ WHO เกือบ 2 เท่า (5 กรัม/วัน)^{3,4} แหล่งที่มาของการบริโภคเกลือมากเกินกำหนดส่วนใหญ่มาจากเครื่องปรุงรส อาหารที่มีสารกันบูด และซอสปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว เต้าเจี้ยว น้ำซุปลง และปลาร้า ซึ่งส่วนใหญ่มากกว่า 60% จะอยู่ในรูปของเหลวหรือสารละลาย เช่น แกง ซุป หรือน้ำซุปลด ดังนั้น การใช้เครื่องปรุงรส ซอส หรือซุปลดจะลดนิสัยการบริโภคเกลือได้ดีขึ้น การบริโภคอาหารที่มีเกลือสูงต่อเนื่องเป็นประจำมีผลทำให้เกณฑ์การบริโภคเค็มมีความไว้น้อยลงและมีเกณฑ์ในการจดจำรสชาติเค็มที่สูงขึ้น⁵ ในประชากรทั่วไปเกณฑ์การรับรู้และจดจำรสชาติเค็มตามปกติที่ทดสอบด้วยสารละลาย NaCl อยู่ที่ความเข้มข้น 5 และ 15 มิลลิโมล/ลิตรตามลำดับ เกณฑ์เหล่านี้มีค่ามากขึ้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ 15 มิลลิโมล/ลิตร สำหรับการเริ่มรับรู้รสชาติเค็มและการจดจำรสชาติที่ 27 มิลลิโมล/ลิตร⁶

การกระตุ้นความตระหนักรู้ด้านโภชนาการเกี่ยวกับอาหารลดเค็มจากการลดปริมาณเกลือในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชี้ให้เห็นว่ากลุ่มศึกษายังมีการใช้เครื่องปรุงที่มีเกลือสูงในอาหารไม่ได้แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมอาจเนื่องจากการกินอาหารที่นำมาอุ่นซ้ำเกินสองครั้ง ผู้บริโภคมีความเคยชินกับรสชาติเดิมหรือติดกับรสชาติที่รับประทานแล้วรู้สึกอร่อยจน

ทำให้ไม่สามารถปรับรสชาติให้จัดลงได้ (ติดเค็ม) โดยการปรุงรสด้วยความเคยชินแบบไม่ต้องดวงวัดด้วยเครื่องปรุงต่าง ๆ เช่น รสดี ผงชูรสแทนเกลือ รวมทั้งการซื้อแกงจากตลาด อาหารจัดเลี้ยงที่มีรสเค็มซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ และการรับประทานอาหารตามแบบวิถีชีวิต ได้แก่ การรับประทานปลาเค็ม กะปิ แกงไตปลา เป็นต้น⁷ จากการสำรวจครัวในบ้านของผู้สูงอายุพบว่ามีการมีชุดเครื่องปรุงเตรียมไว้สำหรับการปรุงอาหารและรสชาติที่ถูกปากเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม⁸ โปรแกรมการใช้สัญลักษณ์ทางโภชนาการสำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคอาหารพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มศึกษาที่ได้รับสัญลักษณ์มีการปรับลดปริมาณของการใส่เกลือในอาหารน้อยลง แต่ความรู้ทางโภชนาการกลับไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม การใช้สัญลักษณ์โภชนาการ: ทางเลือกสุขภาพในกลุ่มผู้บริโภคเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้เรื่องอาหารที่มีเกลือสูงโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ⁹ ปัจจุบันมีการใช้อุปกรณ์วัดความเค็มในอาหาร (salt meter) แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ไปใช้เองที่บ้านและเสริมสร้างความเข้าใจไปพร้อมกัน โดยการจุ่มอุปกรณ์ลงในน้ำแกงหรือซุปลดติดตามผลที่ 8 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่จัดอบรมให้เพียงแค่ว่าให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร พบว่ากลุ่มที่ใช้เครื่องวัดเค็มมีการรับประทานอาหารที่มีเกลือลดลงอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰

ตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ จำนวน 841 ราย (ข้อมูลเวชระเบียนจากหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ณ วันที่ 10 กันยายน 2566)¹¹ ซึ่งพบว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับวิถีชีวิตของการปรุงอาหารที่มีรสเค็มจากความเคยชิน จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องจัดโปรแกรมสร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและป้องกันปัญหาสุขภาพจากการบริโภคเค็มและการควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากความสำคัญของสถานการณ์ดังกล่าวการศึกษาครั้งนี้

จึงทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถคุมได้ในเขตตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ โดยการสำรวจชนิดของอาหารที่บ้านทั้งที่ปรุงเองที่บ้านและซื้อจากตลาดด้วยเครื่องวัดเค็มที่แสดงให้เห็นค่าปริมาณเกลือโซเดียมที่มีในอาหารพร้อมทั้งให้ความรู้ด้านอาหารและการทดสอบระดับการรับรู้รสเค็มโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังติดตามการบริโภคอาหารที่มีเกลือสูงด้วยเครื่องวัดเค็มและการให้ความรู้เปรียบเทียบกับทำให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เครื่องวัดเค็มและการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีเกลือสูงในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ (ค่าเฉลี่ย systolic blood pressure (SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ย diastolic blood pressure (DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท)

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ออกแบบการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) ศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในตำบลร่อนพิบูลย์ สุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) วัดผลก่อน-หลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ อาศัยอยู่ในเขตตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ มีค่าเฉลี่ย SBP ระหว่าง 140 ถึง 180 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ย DBP ระหว่าง 90 ถึง 110 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 158 คน (ข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ณ วันที่ 10 กันยายน 2566)¹¹

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ มีค่าเฉลี่ย SBP ตั้งแต่ 140 ถึง 180

มิลลิเมตรปรอทหรือ ค่าเฉลี่ย DBP ตั้งแต่ 90 ถึง 110 มิลลิเมตรปรอท คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Yamane T¹² ดังนี้

$$N = N/1+N(e)^2$$

กำหนดให้

n = กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

N = ประชากรตัวอย่างทั้งหมด

e = ค่าคลาดเคลื่อนทางสถิติ 0.05

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= 158/1+(158 \times (0.05)^2) \\ &= 158/1.395 \\ &= 113.26 \text{ หรือ } 114 \end{aligned}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครในการวิจัยจำนวน 114 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Case) จำนวน 57 ราย/กลุ่มควบคุม (Control) จำนวน 57 ราย เป็น 1:1 สุ่มตัวอย่างโดยใช้ตัวเลขในการหยิบฉลากแบบง่าย (Simple random sampling) โดยผู้ที่สุ่มเป็นบุคคลที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัคร

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1) ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตตำบลร่อนพิบูลย์ โดยมีค่าเฉลี่ย SBP ระหว่าง 140-180 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ย DBP ระหว่าง 90-110 มิลลิเมตรปรอท 2) ผู้ป่วยที่โรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน 3) ผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับยาลดความดันโลหิตล่าสุดภายในระยะเวลา 1 เดือน ก่อนการคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3B (eGFR น้อยกว่า 45 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับยาลดความดันโลหิตในระหว่างระยะเวลาการศึกษา 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสำรวจข้อมูลด้านประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) ความดันโลหิต ยาลดความดันโลหิต และประวัติการสูบบุหรี่

2. อุปกรณ์ตรวจวัดระดับความเค็มในอาหาร (Salt meter) รุ่น EN-900 Dretec Co., Ltd. Japan จำแนกระดับความเค็ม 3 Scale ดังนี้ 1) เค็มน้อย (สีน้ำเงิน) = 0.3 และ 0.5 2) เค็มปานกลาง (สีเขียว) = 0.7 และ 0.9 3) เค็มมาก (สีแดง) = 1.1, 1.3 และ 1.5 ดังภาพที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แสดงวิธีทดสอบความเค็มในอาหาร ด้วยเครื่องวัดเค็มรุ่น EN-900

3. การวัดปริมาณโซเดียมในอาหารต่อปริมาณอาหาร 100 กรัม ด้วยเครื่องวัดเค็ม (Salt Meter) มีขั้นตอนการวัด ดังนี้

3.1 สอบเทียบเครื่องมือ (Calibrate) ก่อนนำไปใช้งานด้วยน้ำเกลือ (normal saline solution) โดยกดปุ่มเปิดเครื่องแล้วจุ่มส่วนปลายของอุปกรณ์ลงในน้ำเกลือที่มีความเข้มข้น 0.9% ปริมาตร 100 ซีซี อ่านค่าระดับความเค็มจากจอ LED แสดงค่า คือ 0.9 โดยทำการทดสอบจำนวน 5 ครั้ง ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 (ค่าความคลาดเคลื่อนของเครื่องที่ระดับ 0.02 เปอร์เซ็นต์)

3.2 แบ่งตัวอย่างอาหารสำหรับตรวจวัด ปริมาตร 100 มิลลิลิตร วัดของเหลวได้ในช่วงอุณหภูมิ 0 - 100 องศาเซลเซียส

3.3 จุ่มปลายโพรบของเครื่องวัดความเค็มลงในอาหารตัวอย่าง

3.4 กดปุ่มเปิดค้างไว้เพื่ออ่านผล

3.5 ปลดปล่อยปุ่มเปิด เพื่อปิดเครื่องวัดความเค็ม

3.6 ทำความสะอาดปลายโพรบด้วยน้ำสะอาด เช็ดให้แห้งด้วยผ้าสะอาดพร้อมใช้ทดสอบครั้งต่อไป

3.7 มิเตอร์แสดงผลชัดเจนด้วยไฟ LED 7 จุด และแถบสีแสดงค่าความเค็มจากน้อยไปมาก

3.8 การคำนวณปริมาณโซเดียมจากเครื่องวัดความเค็มตามคำแนะนำของคู่มือ

4. เครื่องตรวจวัดความดันโลหิตแบบ Digital ที่มีการสอบเทียบตามมาตรฐาน วัดความดันที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) โดยผ่านการสอบเทียบเครื่องมือ (Calibration) ก่อนนำไปใช้งาน

5. การประเมินความไวต่อการรับรสเค็มตามวิธีของ Oner C และคณะ⁵ โดยการใช้แก้วแปดแก้วที่มีสารละลายที่มีเกลือ NaCl (Merck, USA) ซึ่งมีความเจือจางต่างกันที่ความเข้มข้น 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, และ 256 มิลลิโมล/ลิตร ผู้เข้าร่วมถูกขอให้ลองชิมสารละลายเกลือ ปริมาตร 15 มิลลิลิตร โดยเริ่มจากสารละลายที่มีความเข้มข้นต่ำที่สุด หลังจากทดสอบแต่ละความเข้มข้นอาสาสมัครจะบ้วนปากด้วยน้ำเปล่า การทดสอบดำเนินต่อเนื่องจนกว่าผู้เข้าร่วมจะรู้สึกถึงรสชาติของเกลือจึงถือเป็นการรับรู้รสชาติเค็มของผู้เข้าร่วมแต่ละคน จากนั้นจดบันทึกค่าการรับรสเค็มของแต่ละคน

6. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโซเดียมในอาหารและความดันโลหิตสูง ดัดแปลงมาจากการศึกษาของ Khokhar D และคณะ¹³ อาสาสมัครถูกถามคำถามปลายปิดเกี่ยวกับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเกลือในอาหาร คำตอบ คือ ใช่/ไม่ใช่ คำถาม 4 ข้อแรกเป็นความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีองค์ประกอบของเกลือสูง ได้แก่ (1) กะปิและปลาร้ามีเกลือต่ำใช่หรือไม่ (2) โมโนโซเดียมกลูตาเมต (ผงชูรส) มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบทั้งที่ไม่มีรสเค็มใช่หรือไม่ (3) สารถนอมอาหารมีส่วนผสมของเกลือใช่หรือไม่ และ (4) ซุปก้อนไก่ทำจากเนื้อไก่และไม่มีเกลือใช่หรือไม่ คำถาม 5 ข้อสุดท้ายเป็นความรู้เกี่ยวกับผลของเกลือต่อสุขภาพ ได้แก่ (5) การกินอาหารที่มีรสเค็มทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงใช่หรือไม่ (6) การกินอาหารที่มีรสเค็มทำให้เสี่ยงเป็นโรคไตเรื้อรังใช่หรือไม่ (7) การกินอาหารที่มีรสเค็มทำให้เสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองใช่หรือไม่ (8) การกินอาหารที่มีรสเค็มทำให้เสี่ยง

เป็นโรคกระเพาะอาหารใช้หรือไม่ และ (9) การบริโภคเกลือเกิน 2 ช้อนชาต่อวันไม่กระทบต่อสุขภาพใช้หรือไม่ คะแนนความรู้รวมตั้งแต่ 0 ถึง 9 คำตอบ "ไม่ทราบ" ถือเป็นคำตอบที่ไม่ถูกต้อง แบบประเมินความรู้ได้รับการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลปฐมภูมิและองค์กรรวม จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.93 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.86 จากการนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียง จำนวน 30 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการเป็นการทดลอง Randomized controlled trial เพื่อลดความเอนเอียงของข้อมูลและลดปัจจัยกวนโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เท่าเทียม จึงได้ปกปิดข้อมูลการเยี่ยมบ้านต่อผู้ช่วยวิจัยซึ่งจะไม่ทราบรายละเอียดของผู้ป่วยและการใช้โปรแกรม

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงแบ่งทีมวิจัยออกเป็น 2 ทีม คือ ทีมวิจัยที่ 1 เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย ผู้วิจัยหลักและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน และทีมวิจัยที่ 2 เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และ อสม. จำนวน 10 คน ทั้ง 2 ทีมเข้าเยี่ยมบ้านอาสาสมัคร โดยจะไม่ทราบข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และที่สำคัญข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะถูกปกปิดต่อทั้งผู้ป่วยเอง ทีมดูแลรักษา รวมทั้งผู้วิเคราะห์ผลสถิติในการวิจัยนี้โดยไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใดหลังสุ่มเลือกโดยข้อมูลจะปกปิด (Blind) จนการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น โดยกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คำนึงถึงสถานะ Hawthorne effect ที่อาจจะเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการเก็บข้อมูล

กิจกรรม	สัปดาห์	เครื่องมือ	ผู้ดำเนินงาน
1. สัมภาษณ์ผู้ป่วยทางคลินิกสั้น ๆ และตรวจร่างกาย น้ำหนัก และความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI)	0 (baseline)	เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัด ส่วนสูง และเครื่องวัดความดันโลหิต	ผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัยทีมที่ 1 และ 2
2. ให้ความรู้เรื่องอาหารและประเมินความรู้เกี่ยวกับโซเดียมและความดันโลหิตสูง Pre-test และ Post-test	0, 2, 4, 6 (ไม่กำหนดวันที่ชัดเจนในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6)	Power point และแบบประเมินความรู้ (วัดสัปดาห์ที่ 0 และ 6)	พยาบาลวิชาชีพทีมที่ 1 และ 2
3. ความเค็มในอาหาร (Salt Meter) และวัดความดันโลหิต	0, 2, 4, 6 (ไม่กำหนดวันที่ชัดเจนในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6)	Salt Meter และ HBPM	ผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัยทีมที่ 1 และ 2
การทดสอบความไวต่อการรับรสเค็ม	0 และ 6	เกลือโซเดียมที่ความเข้มข้นต่าง ๆ	ผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัยทีมที่ 1 และ 2

การวิเคราะห์ทางสถิติ

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม R เวอร์ชัน 4.3.2 (<https://www.r-project.org>) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา ทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรตามความเหมาะสม การทดสอบที (t-test)

กำหนดความเชื่อมั่นที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 107/2566

ผลการศึกษา

อาสาสมัครที่เข้าร่วมและได้รับการติดตามผลอย่างสมบูรณ์จนจบการศึกษาทั้งหมดคิดเป็น 100% (114/114 ราย) ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง (ตรวจวัดเค็มในอาหารที่บ้านและให้ความรู้) จำนวน 57 ราย และกลุ่มควบคุม (ให้ความรู้เพียงอย่างเดียว) จำนวน 57 ราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.56 ± 9.10 (IQR = 67, 80) และ 74.73 ± 9.01 (IQR = 68, 82) ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (68.4% และ 73.70% ตามลำดับ) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน (100%) และไม่มี การปรับเปลี่ยนยาในระหว่างการศึกษา ส่วนใหญ่ไม่

สูบบุหรี่ (91.20% และ 80.70% ตามลำดับ) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (94.70% และ 94.70% ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ย BMI เท่ากับ 23.27 ± 3.99 และ 22.78 ± 4.49 หรือน้ำหนักเกิน ซึ่งประชากรทั้งสองกลุ่มมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากมีลักษณะด้านประชากรที่เหมือนกัน

ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีเกลือสูง เมื่อจบโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 พบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=57)	กลุ่มควบคุม (n=57)
ก่อนการทดลอง	7.07 ± 0.84	6.26 ± 0.69
หลังการทดลอง	8.87 ± 0.33	7.82 ± 0.68
Paired t-test (P-value)	< 0.001	< 0.001

ความดันโลหิตและความไวต่อการรับรสเค็ม ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ของโปรแกรมจากจุดเริ่มต้น (สัปดาห์ที่ 0) และจุดสิ้นสุดของโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 6) พบว่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) เฉลี่ยในกลุ่มทดลองมีการปรับลดลงเท่ากับ 8.81 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ลดลงเท่ากับ 13.12 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย SBP ลดลงเท่ากับ 2.27 และค่าเฉลี่ย DBP

ลดลงเท่ากับ 5.09 นอกจากนี้ จากการทดสอบการรับรู้รสเค็มของเกลือ NaCl ที่ความเข้มข้นตั้งแต่ 2-256 มิลลิโมลต่อลิตร พบว่าหลังจากสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองมีการรับรู้รสเค็มที่ไวขึ้น ($P < 0.001$) โดยมีการรับรู้รสเค็มที่ความเข้มข้นเกลือที่ต่ำลง (ลดลงเท่ากับ 4.99 มิลลิโมลต่อลิตร) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีปรับเปลี่ยนความไวการรับรู้รสเค็มที่ความเข้มข้นของเกลือลดลง เท่ากับ 0.42 มิลลิโมลต่อลิตร ($P = 0.553$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t-test (P-value)
	สัปดาห์ที่ 0	สัปดาห์ที่ 6	Paired t-test (P-value)	สัปดาห์ที่ 0	สัปดาห์ที่ 6	Paired t-test (P-value)	
Systolic (mmHg)	145.82 ± 4.46	137.01 ± 8.98	< 0.001	165.35 ± 13.80	163.08 ± 11.12	< 0.001	< 0.001
Diastolic (mmHg)	94.19 ± 3.17	81.07 ± 6.85	< 0.001	93.94 ± 12.45	88.85 ± 7.27	< 0.001	< 0.001
ความไวต่อการรับรสเค็ม	28.77 ± 13.84	23.78 ± 13.14	< 0.001	32.56 ± 15.62	32.14 ± 17.20	0.553	0.004

หมายเหตุ t-test ทดสอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 6

สรุปและอภิปรายผล

ในปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้จะได้รับการรักษาด้วยยาหรือบางรายไม่ต้องใช้ยาเพื่อการรักษา ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้การควบคุมความดันโลหิตได้ผลคือการควบคุมการกินอาหารที่มีปริมาณเกลือไม่เกินมาตรฐานของ WHO กำหนด^{3,4} ผลลัพธ์ของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่านอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยตามปกติและการให้ความรู้ด้านอาหารอย่างครอบคลุมเกี่ยวกับการลดปริมาณเกลือในอาหารแล้ว การลงเยี่ยมบ้านและใช้อุปกรณ์เครื่องวัดเค็มสำหรับการตรวจวัดปริมาณเกลือที่มีในอาหารมีประสิทธิภาพที่สูงกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังช่วยในการเพิ่มความไวต่อการรับรสเค็มซึ่งอาจเป็นปัจจัยในการส่งเสริมการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่ต่ำลงด้วย

การทดลองนี้มุ่งเน้นไปที่บทบาทของอุปกรณ์เครื่องวัดเค็มที่ตรวจวัดปริมาณเกลือในอาหารโดยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ค่าความเค็มในอาหารด้วยสายตามนวกกับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่มีรสเค็มทำให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเกิดความตระหนักรู้และเปลี่ยนแปลงวิธีการปรุงอาหารที่มีเกลือเป็นองค์ประกอบในปริมาณที่น้อยลงสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่รายงานเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์หรือสัญลักษณ์โภชนาการในการสร้างความตระหนักรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือสูงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดีกว่าการใช้โปรแกรมให้ความรู้⁷⁻¹⁰ ซึ่งในงานวิจัยนี้พบว่าทำให้ความรู้ทำให้ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่เหมือนกันในขณะที่ผลลัพธ์ของกลุ่มควบคุมที่มาจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการปรุงอาหารและการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้นสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าทำให้ความรู้มีประสิทธิภาพต่อการลดเค็มเพียงเล็กน้อยเท่านั้น¹⁴ สิ่งสำคัญในงานวิจัยนี้พบว่าปรับเปลี่ยนเมนูอาหารไม่สามารถทำได้แต่การปรับเปลี่ยนเครื่องปรุงอาหารเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ เนื่องจากปริมาณโซเดียมในอาหารของผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีปริมาณสูงเกือบสองเท่าของ

ปริมาณที่แนะนำโดย WHO^{3,4} การบริโภคโซเดียมสูงเกิดจากการใช้เครื่องปรุงรสอย่างไม่มีการตรวจวัด (ความเค็ม) ขณะปรุงอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าพบว่าเกลือโซเดียมในอาหารมาจากเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ และผงชูรส¹⁵ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของภาคใต้ที่มีการใช้เครื่องแกง กะปิที่ทำจากกุ้งทะเล อาหารทะเลแปรรูปที่มีปริมาณเกลือโซเดียมที่สูงเนื่องจากอาหารทะเลเป็นอาหารหลักในภาคใต้ เช่น หอยและปลาหมึกมีปริมาณโซเดียมสูงอย่างเห็นได้ชัด การเก็บรักษาอาหารทะเลด้วยเกลือถือเป็นการถนอมอาหารในชีวิตประจำวัน เช่น กะปิ กุ้ง ปลาเค็มตากแห้ง ซึ่งกะปิที่ทำจากปลาและ/หรือกุ้งทะเลจะมีเกลือโซเดียมในปริมาณสูงด้วยเช่นกัน³ ผู้ป่วยทั้งหมดมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยที่เกินมาตรฐานจัดอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและสถานะโภชนาการ¹⁶ จากการวัดเค็มในอาหารพบว่าอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่มีปริมาณเกลือในอาหารสูงและสอดคล้องกับการทดสอบความไวต่อการรับรสเค็มที่ความเข้มข้นเกลือสูงตามไปด้วยเช่นเดียวกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญระหว่างการบริโภคโซเดียมสูงและความดันโลหิตสูงเนื่องจากมีความไวต่อการรับรสเค็มที่ความเค็มสูงขึ้นทำให้การบริโภคอาหารที่มีเกลือสูงขึ้นตามไปด้วย¹⁷ ประเทศไทยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณ 13.2 ล้านคน¹⁸ การจัดโปรแกรมสร้างความตระหนักรู้ด้านอาหารที่มีรสเค็มที่บ้านทำให้ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยมีการลดปริมาณเครื่องปรุงที่มีเกลือในอาหารลงได้และที่สำคัญควรมีการใช้เครื่องวัดเค็มในอาหารและต้องมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อดูผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง นอกเหนือจากการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้เพื่อส่งเสริมการรับประทานผักและผลไม้แล้ว สารทดแทนเกลือที่มีโพแทสเซียมคลอไรด์อาจเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดโซเดียมและเพิ่มปริมาณโพแทสเซียม ซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตลงได้¹⁹ ความไวต่อการรับรสเค็มอยู่ในช่วงระหว่าง 5 ถึง 43.3 มิลลิโมล/ลิตร^{6,20,21} ซึ่งในแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อวิธีการปรุงอาหาร

ของแต่ละบุคคล อาหารไร้เกลือถูกมองว่า “ไร้รส” ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความไวต่อการรับรู้รสเค็มที่ความเข้มข้นเกลือค่อนข้างสูง คือ อยู่ในช่วงระหว่าง 4 ถึง 64 มิลลิโมล/ลิตร (IQR = 16, 32) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากกลุ่มประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่คุณไม่ได้ซึ่งผู้ป่วยมีการบริโภคอาหารรสเค็มมาเป็นเวลานานหลายปีจนทำให้ความไวต่อการรับรู้รสเค็มที่ความเข้มข้นเกลือสูงตามไปด้วย¹⁷

งานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นเชิงประจักษ์ว่าการใช้อุปกรณ์เครื่องวัดเค็มทำให้ผู้ป่วยสามารถแยกประเภทของอาหารที่มีเกลือสูงและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเหล่านั้นได้ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและคนในครอบครัวที่ปรุงอาหารพบว่าหลังจากได้เห็นค่าของปริมาณเกลือในอาหารแล้วทำให้เกิดความตระหนักมากยิ่งขึ้นจึงได้มีการปรับลดปริมาณของเครื่องปรุงรสให้น้อยลงโดยมีการระมัดระวังในการใส่เครื่องปรุงมากยิ่งขึ้น เช่น ปรับลดเกลือและผงชูรส ส่งผลโดยตรงต่อการปรับลดการบริโภคเค็มลงด้วยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าการลดการบริโภคเกลืออย่างต่อเนื่องสามารถเปลี่ยนความไวต่อการรับรู้รสเค็มได้^{5, 6, 10, 22}

โรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นผลสืบเนื่องมาจากความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นผลพวงมาจากการกินอาหารเป็นหลักโดยเฉพาะอาหารที่มีปริมาณเกลือที่สูง การจำกัดปริมาณของเกลือในอาหารที่บริโภคจะช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและช่วยป้องกันการโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้^{23, 24} การลดปริมาณการบริโภคเกลือให้น้อยลงสามารถลดการสะสมของเกลือในร่างกายลงได้และลดการกระตุ้น reninangiotensin-aldosterone ทำให้ความดันโลหิตลดลง²³ นอกจากนี้ยังเป็นการลดการใช้จ่ายเพื่อรักษาความดันโลหิตสูงให้น้อยลงยังเป็นประโยชน์ในแง่ของเศรษฐศาสตร์

สาธารณสุขและยังช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อีกด้วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

เครื่องวัดเค็มเป็นอุปกรณ์สำหรับตรวจวัดปริมาณของเกลือในอาหารเหลว ซึ่งยังไม่สามารถใช้ได้กับอาหารแห้งหรืออาหารแข็งได้ ทำให้อาหารบางชนิดไม่เหมาะสำหรับการทดสอบด้วยเครื่องวัดเค็มในการศึกษาครั้งนี้ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในกลุ่มทดลองสนับสนุนได้ว่าการใช้เครื่องวัดเค็มทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความระมัดระวังและมีความเคยชินกับการเรียนรู้ว่าอาหารชนิดใดมีปริมาณเกลือสูงหรือต่ำและส่งผลให้มีความตระหนักในการปรุงอาหารและการเลือกรับประทานอาหารมากยิ่งขึ้นจนในที่สุดอาจไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เพื่อการตรวจวัดเค็มอีกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดเครื่องวัดเค็มให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คุณไม่ได้เป็นรายบุคคลเพื่อนำไปใช้ด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
2. งานวิจัยเพิ่มเติมควรวัดปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ (24-h urine sodium) เพื่อวัดค่าการเปลี่ยนแปลงของปริมาณโซเดียม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ต้องขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ช่วยดำเนินการวิจัยในชุมชนและผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ในการสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies C. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360(9349):1903-13.

- 2.Rusmevichientong P, Morales C, Castorena G, Sapbamrer R, Seesen M, Sivoj P. Dietary Salt-Related Determinants of Hypertension in Rural Northern Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2).
- 3.Chailimpamontree W, Kantachuesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N, Vathesatogkit P, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2021;23(4):744-54.
- 4.กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. กระทรวงสาธารณสุข. 2559.
- 5.Oner C, Dilan Turan R, Telatar B, Yesildag S, Hergun S, Elmacioglu F. A pilot study on salt taste sensitivity threshold in Turkish young adults. *Anatol J Cardiol*. 2016;16(9):731-2.
- 6.Piovesana Pde M, Sampaio Kde L, Gallani MC. Association between Taste Sensitivity and Self-Reported and Objective Measures of Salt Intake among Hypertensive and Normotensive Individuals. *ISRN Nutr*. 2013;2013:301213.
- 7.Suwanna K, Sittibun W, Kaewdam J, Innupaph L, Homprasit J, Dumthong S, et al. Effect of Reducing Salt Consumption Program towards Dietary Consumption Behavior among with Hypertensive Risk Group: A Case study in Nakhon Si Thammarat (in Thai). *Health Science Journal of Thailand*. 2021;3(2).
- 8.Thangkratok P, Chookok S, Mongkoldee P, Pinrot P, Puangpetch P. Salty eating behavior of aging in Bang-Plad District, Bangkok. *KKU Journal for Public Health Research*. 2016;9(3-4):72-8.
- 9.Suntep W. The Effectiveness of Using the Nutrition Symbols: Healthierlogo Program in the Consumer Group Wiang Nuea Subdistrict, Mueang District, Lampang Province (in Thai). *Journal of Health Sciences Scholarship*. 2021;8(1):185-206.
- 10.Wiriyatanakorn S, Mukdadilok A, Kantachuesiri S, Mekhora C, Yingchoncharoen T. Impact of self-monitoring of salt intake by salt meter in hypertensive patients: A randomized controlled trial (SMAL-SALT). *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2021;23(10):1852-61.
- 11.กลุ่มงานเวชระเบียน. รายงานเวชระเบียน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ประจำปีงบประมาณ 2566. โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์. 2566.
- 12.Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*, 2nd ed. Harper and Row: New York, NY, USA. 1967.
- 13.Khokhar D, Nowson CA, Margerison C, Bolam B, Grimes CA. Knowledge and Attitudes Are Related to Selected Salt-Specific Behaviours among Australian Parents. *Nutrients*. 2018;10(6).
- 14.Li N, Yan LL, Niu W, Yao C, Feng X, Zhang J, et al. The Effects of a Community-Based Sodium Reduction Program in Rural China - A Cluster-Randomized Trial. *PLoS One*. 2016;11(12):e0166620.
- 15.Halpern BP. What's in a name? Are MSG and umami the same? *Chem Senses*. 2002;27(9):845-6.
- 16.Lee J, Hwang Y, Kim KN, Ahn C, Sung HK, Ko KP, et al. Associations of urinary sodium levels with overweight and central obesity in a population with a sodium intake. *BMC Nutr*. 2018;4:47.
- 17.Balafa O, Kalaitzidis RG. Salt sensitivity and hypertension. *J Hum Hypertens*. 2021;35(3):184-92.
- 18.WHO. *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: World Health Organization, 2018. 2018.
- 19.Greer RC, Marklund M, Anderson CAM, Cobb LK, Dalcin AT, Henry M, et al. Potassium-Enriched Salt Substitutes as a Means to Lower Blood Pressure: Benefits and Risks. *Hypertension*. 2020;75(2):266-74.
- 20.Kirsten VR, Wagner MB. Salt taste sensitivity thresholds in adolescents: are there any relationships with body composition and blood pressure levels? *Appetite*. 2014;81:89-92.
- 21.Wise PM, Breslin PA. Individual differences in sour and salt sensitivity: detection and quality recognition thresholds for citric acid and sodium chloride. *Chem Senses*. 2013;38(4):333-42.
- 22.Kusaba T, Mori Y, Masami O, Hiroko N, Adachi T, Sugishita C, et al. Sodium restriction improves the gustatory threshold for salty taste in patients with chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2009;76(6):638-43.
- 23.He FJ, Tan M, Ma Y, MacGregor GA. Salt Reduction to Prevent Hypertension and Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(6):632-47.
- 24.Jin A, Xie W, Wu Y. Effect of salt reduction interventions in lowering blood pressure in Chinese populations: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2020;10(2):e032941

การประเมินการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากเครื่องเอกซเรย์ดิจิทัล ด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ในทารกแรกเกิดใน หอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก โรงพยาบาลสมุทรปราการ

Data Evaluation of Chest Digital Radiographic Services in Newborns Using a Mobile Computer System in Neonatal Intensive Care Units Samutprakan Hospital.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 8,2024 ; Accepted: June 9,2024)

อรัทัย โยธินาร์¹

Orathai Yotigar¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพ และค่าดัชนีรังสี ค่าเบี่ยงเบนรังสีจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก โรงพยาบาลสมุทรปราการกับเกณฑ์เหมาะสมของบริษัทผู้ผลิต และเทียบกับเป้าหมายหน่วยงาน จากระบบดิจิทัลเอกซเรย์เคลื่อนที่ (Mobile Carstream) โดยใช้ข้อมูลก่อนพัฒนาของทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก ที่เข้ารับบริการตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 – 30 มิถุนายน 2566 จำนวน 600 แผ่นภาพ (เดือนละ 100 แผ่นภาพ) และ ข้อมูลช่วงพัฒนา1กรกฎาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 600 แผ่นภาพ (เดือนละ 100 แผ่นภาพ) วิเคราะห์ค่าดัชนีรังสีและค่าเบี่ยงเบนรังสีและระดับคุณภาพ ช่วงก่อนพัฒนาและช่วงพัฒนา พรรณนาข้อมูลด้วย จำนวน ค่าร้อยละ และเทียบกับเป้าหมายหน่วยงาน

ผลวิจัยกลุ่มทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก มีช่วงอายุ 0-1 เดือน น้ำหนักตัวช่วง 800- 2500 กรัม ในจำนวนภาพถ่ายรังสีทรวงอก 1,200 ภาพ ช่วงหกเดือนแรก กลุ่มก่อนพัฒนา 600 ภาพ (1 ม.ค.- 30 มิ.ย. 2566) มีร้อยละสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 52.8 ต่อ 47.2 และช่วงหกเดือนหลัง กลุ่มพัฒนา (1 ก.ค.- 31 ธ.ค. 2566) 600 ภาพ มีร้อยละสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ร้อยละ 50.4 ต่อ 49.6 ผลการประเมินค่าดัชนีรังสี (EI) ค่าเบี่ยงเบนรังสี (DI) ช่วงก่อนพัฒนาช่วงหกเดือนแรก อิงเกณฑ์เหมาะสมของบริษัท พบภาพรังสี (Under) ร้อยละ 3.50 ภาพรังสีที่มีค่าต่ำ (Low) 14.50 ภาพรังสี (Optimum) 68.34 ภาพรังสีที่มีค่าสูง (High) ร้อยละ 9.83 และภาพรังสีที่มีค่าสูงกว่า (Over) ร้อยละ 3.83 ช่วงพัฒนา ช่วงหกเดือนหลัง ไม่พบภาพรังสีที่มีต่ำกว่า (Under) หรือร้อยละ 0 ภาพรังสีที่มีค่าต่ำ (Low) เพียงร้อยละ 2.34 ภาพรังสีอยู่เกณฑ์เหมาะสม (Optimum) เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 95 (เกินเป้าหมายหน่วยงานที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ90) ภาพรังสีที่มีค่าสูง (High) ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2.99 และไม่พบภาพรังสีที่มีค่าสูงกว่า (Over) หรือร้อยละ 0

คำสำคัญ: ค่าดัชนีรังสี,ค่าเบี่ยงเบนรังสี, ภาพถ่ายรังสีทรวงอกทารกแรกเกิด, ระบบดิจิทัล

Abstract

This survey research aimed to evaluate the quality and radiation index Radiological deviation values from neonatal chest radiographs in the pediatric intensive care unit. Samut Prakan Hospital and the appropriate criteria of the manufacturing company and compared with the agency's goals from the mobile digital X-ray system (Mobile Carstream). Using data before the development of newborns in the pediatric intensive care unit. that received service from 1 January 2023 - 30 June 2023, a total of 600 image plates (100 image plates per month) and data during the development period 1 July 2023 - 31 December 2023, a total of 600 image plates (100 image plates per month), analyzed the radiation index values and Radiation deviation and quality level Pre-development and development periods Describe data with numbers, percentages, and compare with agency goals.

Research results of a group of newborns in the pediatric intensive care unit with an age range of 0-1 month and a body weight range of 800- 2500 grams in a total of 1,200 chest radiographs during the first six months. The pre-development group of 600 images (1 Jan. - 30 June 2023) has a male to female percentage ratio of 52.8 to 47.2. Development period: the last six months No radiographs were found that were lower than (Under) or 0 percent. Radiographs were with low values (Low) of only 2.34 percent. Radiographs were within the appropriate criteria (Optimum), increasing as high as 95 percent (exceeding the agency's set goals. at 90 percent), radiographs with a high

¹ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมุทรปราการ

value (High) were reduced to only 2.99 percent, and no radiographs with a value higher than (Over) or 0 percent were found.

Keyword: Exposure Index, Deviation index, Newborn Chest Radiograph, Digital System

บทนำ

การใช้รังสีเอกซเรย์จึงต้องระมัดระวัง โดยเฉพาะกับกลุ่มเด็กเนื่องจากรังสีอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์ที่ได้รับรังสีได้ง่ายและรุนแรง เช่นทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของเซลล์ ดังนั้นการใช้รังสีเอกซเรย์จึงต้องระมัดระวัง โดยเฉพาะกับกลุ่มเด็ก เพราะเซลล์เนื้อเยื่อของเด็กอยู่ในระยะที่มีอัตราการแบ่งตัวสูง อวัยวะที่มีการแบ่งตัวตลอดเวลา เช่นไขกระดูก มีความไวต่อการได้รับรังสี และเด็กมีเวลาในการสะสมรังสีตลอดชีวิตนานกว่าผู้ใหญ่¹

สถานการณ์ในปัจจุบันหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลสมุทรปราการ ให้การดูแล และรักษา ผู้ป่วยทารกแรกเกิดปกติและทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในภาวะวิกฤต -ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เกิดในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นระยะที่ทารกในครรภ์มีการพัฒนาการของระบบประสาทอย่างรวดเร็ว ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) ต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมและสิ่งเร้าในหอผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและเป็นสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากสภาพแวดล้อมในครรภ์มารดา ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาการระบบประสาทบกพร่อง องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความทารก เกิดก่อนกำหนด คือทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์อุบัติการณ์การเกิดทั่วโลกพบร้อยละ 4- 16 (WHO, 2023) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12 หรือ ประมาณ 80,000 รายต่อปี-ทารกเกิดก่อนกำหนดจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มอายุครรภ์ระหว่าง 32-36 สัปดาห์ กลุ่มอายุครรภ์ระหว่าง 28-31 สัปดาห์และกลุ่ม อายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ซึ่งได้ร้อยละ 85, 10 และ 5 ตามลำดับ โดยอัตราการรอดชีวิตของทารก เกิดก่อนกำหนดในกลุ่มที่มีอายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ พบได้ร้อยละ 98 ในขณะที่อัตราการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มที่มีอายุ

ครรภ์กว่า 32 สัปดาห์พบได้ร้อยละ 45 ทารกเกิดก่อนกำหนดที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) ซึ่งมี สภาพแวดล้อมแตกต่างจากสภาพแวดล้อมใน ครรภ์มารดาที่ส่งผลต่อ กระบวนการพัฒนาการของสมองและระบบประสาท ส่วนกลางของทารกเกิด ก่อนกำหนดที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการของทารก ต่อไปในระยะสั้นและระยะยาว ²

สถิติย้อนหลัง สามปี พ.ศ.2564- พ.ศ.2566 จำนวนของทารกแรกเกิดปกติและทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในภาวะวิกฤต ที่เข้ารับบริการดูแล และรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก มีจำนวน 923 ราย. 836 ราย. 783 รายตามลำดับ อัตราการนอนเฉลี่ยสั้นสุด 3 วัน นานสุด 120 วัน และสถิติการขอรับบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่เฉลี่ยเดือนละ 100 ครั้ง กลุ่มงานรังสีวิทยาจัดให้มีบุคลากรที่รับผิดชอบให้บริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ 1-2 คนต่อวัน ให้บริการวันละ 2 รอบ เฉลี่ยเดือนละ100 ครั้ง (ทั้งรายใหม่และรายเดิมเพื่อติดตามการรักษา)-สถิติข้อมูลการให้บริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ของหน่วยรังสีวิทยาย้อนหลัง 3 ปี(พ.ศ.2564-พ.ศ.2566) จำนวน 182ราย รวม 1,134 ครั้ง 179 ราย รวม 1,286 ครั้ง 172 ราย รวม1,199 ครั้ง³

ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2563 กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้เปลี่ยนมาใช้ระบบดิจิทัล (DR) ถ่ายภาพรังสีแทนระบบฟิล์ม ซึ่งเป็นระบบใหม่ต้องประเมินภาพรังสีและคุณภาพที่อิงเกณฑ์ค่าดัชนีรังสีและค่าเบี่ยงเบนรังสีบริษัทที่กำหนดช่วงค่าเหมาะสมและที่ออกนอกช่วงค่าเหมาะสม นับตั้งแต่เริ่มใช้งานระบบดิจิทัล(ปีพ.ศ.2563 - พ.ศ.2566) ผู้วิจัยและทีมงานของหน่วยรังสีวิทยา จากการประเมินผลการปฏิบัติงานในภาพรวมของกลุ่มงานรังสีวิทยาจากการใช้งานระบบดิจิทัลที่ผ่านมา สรุปประเด็นปัญหาสำคัญ ได้แก่การตั้งค่าเทคนิคถ่ายภาพที่คลาดเคลื่อน(ทั้งน้อยเกินไป และมากเกินไป) (ด้วย

ความเคยชินการตั้งค่าเทคนิคในระบบฟิล์ม) ปัญหาการใช้สายตาของบุคลากรประเมินภาพรังสีแทนที่จะใช้ใช้ตัวเลข(EI number)ในระบบดิจิทัล จากประเด็นเหล่านี้จึงเกี่ยวข้องโดยตรงกับระดับคุณภาพภาพรังสี จัดได้ว่าการใช้งานระบบดิจิทัลต้องอาศัยทักษะเป็นอย่างมากในการประเมินคุณภาพภาพเพราะมีปัจจัยสำคัญมาเกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น(ค่าดัชนีรังสี[EI],ค่าเบี่ยงเบนรังสี[DI]) นอกเหนือจากสายตาที่ใช้ประเมินภาพรังสีของบุคลากร

นักรังสีการแพทย์มีบทบาทสำคัญต้องกำหนดเป้าหมาย(อิงหน่วยงาน)และคำนึงถึงคุณภาพ(แพทย์และรังสีแพทย์)ในการสร้างภาพรังสีให้มีคุณภาพและคำนึงถึงความปลอดภัย(ผู้รับบริการ)ด้านปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการให้บริการ⁴ แม้ว่าหน่วยงานรังสีวิทยาจะเปลี่ยนมาใช้ระบบดิจิทัลถ่ายภาพรังสี ที่ระบบดิจิทัลมีข้อได้เปรียบที่สามารถสร้างภาพออกมาทันทีภายในเวลาไม่กี่วินาที อุปกรณ์สร้างภาพและตัวรับปริมาณรังสีนำกลับมาใช้ใหม่ได้ และมีช่วงการใช้งานที่กว้าง (Wide Dynamic Range) รวมทั้งมีฟังก์ชันที่สามารถปรับแต่งภาพภายหลังในขั้นตอนPost image processing⁴⁻⁵ ในกรณีที่ ตั้ง ค่า การ ถ่าย ภาพ น้อย เกิน ไป (Underexposed) จนสร้างภาพรังสีไม่ได้ หรือการตั้งค่าการถ่ายภาพมากเกินไป (Overexposed) ต้องปรับแต่งภาพให้อยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ ภาพการตั้งค่าการถ่ายภาพน้อยเกินไป หรือมากเกินไปมีผลต่อคุณภาพของภาพทั้งสิ้น จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศที่ติดตามประเมินการใช้งานระบบดิจิทัลพบว่าการตั้งค่าเทคนิคการถ่ายภาพให้สูงมากกว่าปกติ มีอัตราและแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (exposure creep) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีเกินจำเป็น (high patient dose) ซึ่งส่งผลต่อผู้รับบริการโดยตรง เหตุการณ์ดังกล่าวนี้เกิดขึ้นจริงบ่อยครั้ง ในงานประจำหากไม่มีการประเมินและเฝ้าระวัง^{6,7}

บนหน้าจอคอมพิวเตอร์แสดงผลของระบบดิจิทัลจะมีดัชนี (Index)แสดงค่าดัชนีรังสี(EI) แสดงค่าจำนวนเต็มบวกซึ่งเป็นค่าความไว (Sensitivity) ของหัววัดรังสีที่เก็บสัญญาณและภาพแฝงที่เกิดขึ้น ค่านี้ถูกใช้ประเมิน

คุณภาพของภาพรังสีและปริมาณรังสีที่เหมาะสม และค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI) ที่ยอมรับได้อยู่ในช่วงบวก/ลบ (± 3) ผลิตภัณฑ์ Care Stream บริษัทกำหนดค่าดัชนีรังสีเพิ่มขึ้นค่าปริมาณรังสีที่เพิ่มขึ้น⁸ ดัชนีเบี่ยงเบนรังสีหาจากสมการคำนวณคือ $DI = 10 \times \log_{10} [EI/TI]$ เมื่อค่า EI คือค่าดัชนีรังสีที่มาจากภาพที่ถ่ายได้ในขณะนั้นๆ ส่วน TI (Target index) คือค่าเฉลี่ยของส่วนที่ถ่ายนั้นที่บริษัทกำหนดขึ้นและถูกป้อนค่าในช่วงที่ติดตั้ง ค่า DI เป็นค่าของจำนวนเต็มบวกและลบ ค่า DI เท่ากับ 0 หมายถึงค่าปริมาณรังสีที่ตัวรับภาพได้รับเป็นค่าปริมาณรังสีที่ถูกต้อง หากค่า DI เท่ากับ 1.0 และ 3.0 หมายถึงการใช้ปริมาณรังสีสูงกว่าค่าที่ถูกต้องร้อยละ 26 และร้อยละ 100 ส่วนค่า DI เท่ากับ -1.0 และ -3.0 หมายถึงใช้ปริมาณรังสีน้อยกว่าค่าที่ถูกต้องร้อยละ 20 และร้อยละ 50 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามควรให้ค่า DI เข้าใกล้ 0 มากที่สุดแสดงถึงปริมาณรังสีที่ใช้ในการถ่ายภาพอย่างเหมาะสม(PDF&Manual Carestream)⁹

ด้านหลักวิชาการรังสี การใช้รังสีเอกซเรย์จึงต้องระมัดระวังโดยเฉพาะกับกลุ่มเด็ก บทบาทสำคัญของนักรังสีการแพทย์ที่ต้องกำหนดเป้าหมายและคำนึงถึงคุณภาพในการสร้างภาพรังสีให้มีคุณภาพจากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศที่ติดตามประเมินการใช้งานระบบดิจิทัล ประเด็นปัญหาจากการถ่ายภาพรังสี (การตั้งค่าเทคนิค การใช้สายตาของบุคลากรประเมินภาพรังสีแทนที่จะใช้ใช้ตัวเลข(EI number)ในระบบดิจิทัล) ประเด็นเหล่านี้จึงเกี่ยวข้องโดยตรงกับระดับคุณภาพภาพรังสี ต้องอาศัยทักษะเป็นอย่างมากในการประเมินคุณภาพในระบบดิจิทัล ความสับสนของบุคลากร ความรู้ ความเข้าใจในหลักการของดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI) จึงส่งผลถึงระดับคุณภาพของภาพรังสีที่ส่งมอบให้แพทย์หรือรังสีแพทย์^{1,6,8}

จากประเด็นที่กล่าวมาข้างต้นสรุปเป็นแนวทางว่า การใช้รังสีเอกซเรย์จึงต้องระมัดระวัง โดยเฉพาะกับกลุ่มเด็กเนื่องจากรังสีอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์ที่ได้รับรังสีได้ง่ายและรุนแรง สถานการณ์ทารกแรกเกิดปกติและทารกเกิดก่อน

กำหนดที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่ต้องการภาพรังสีที่มีปริมาณรังสีที่เหมาะสมและมีคุณภาพสำหรับแพทย์ผู้รักษาและรังสีแพทย์ที่ประเมินผลจากภาพเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาในภาวะฉุกเฉิน ลดปัญหาการตั้งค่าเทคนิคถ่ายภาพที่คลาดเคลื่อน ค่าดัชนีรังสีและค่าเบี่ยงเบนรังสีออกนอกช่วงค่าเหมาะสมบริษัทที่กำหนด ตามที่เกริ่นนำในตอนต้น ผู้วิจัยจึงนำประเด็นทั้งหมดและพยายามรวบรวมข้อมูลทั้งหมดมากำหนดเป็นหัวข้อในการทำงานวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ โดยคำนึงถึงกลุ่มทารกและเด็ก มีการพัฒนาการของเนื้อเยื่อในร่างกายอย่างรวดเร็ว ปริมาณรังสีสะสมที่มากเกินไปอาจส่งผลต่อพัฒนาการของทารกต่อไปในทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จึงต้องระมัดระวังในการใช้รังสีเท่าที่จำเป็น ด้วยเหตุดังกล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูล จึงสนใจที่ออกแบบงานวิจัยเชิงพัฒนาดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI) เหมาะสม เพื่อใช้ในการถ่ายภาพรังสีในเด็ก จึงได้รวบรวมข้อมูลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากเครื่องเอกซเรย์ดิจิทัล ด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ในทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก *คำอ้างอิงของบริษัท (Carstream)**

	Repeat	Accept			Repeat
	under	low	optimum	high	over
DI	-3	-2	(-1)-0-(+1)	+2	+3
Tone	ขาว	เหลือง	เขียวอ่อน-เขียว-เขียวแก่	ส้ม	แดง
EI,	EI <999	EI 1,000-1199	EI 1,200-1,700	EI 1,701-1,900	EI >1,901

หมายเหตุ ค่าดัชนีรังสี EI ค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI)เหมาะสม optimum range EI 1,200-1,700 (optimum range DI ± 1) คือช่วงค่าเหมาะสม (Index) ที่ระบุเป็นค่าจำนวนตัวเลขที่บ่งชี้ปริมาณรังสีในพื้นที่ที่สนใจมีความเหมาะสมและมีคุณภาพเพียงพอต่อการวินิจฉัย *คำอ้างอิงข้อมูลบริษัท (Carstream)*

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1 เพื่อประเมินจำนวน ค่าร้อยละ ค่าดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI) และคุณภาพภาพถ่ายรังสีทรวงอกในทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก ก่อนการพัฒนาและช่วงพัฒนาของหน่วยบริการถ่ายภาพรังสีเคลื่อนที่

2 เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI) 2 ช่วง ทั้งก่อนการพัฒนาและช่วงพัฒนา ปี 2566

โรงพยาบาลสมุทรปราการ ทั้งก่อนพัฒนา(1 มกราคม- 30 มิถุนายน 2566) ออกแบบงานวิจัย(1-30 มิถุนายน 2566) สำหรับมาใช้ในช่วงพัฒนา(1 กรกฎาคม- 31 ธันวาคม 2566) เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของระดับคุณภาพของภาพรังสีและดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI) อิงเกณฑ์เหมาะสมที่บริษัท กำหนด โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานอิเล็กทรอนิกส์ทั้งก่อนพัฒนาช่วงหกเดือนแรกและในช่วงพัฒนาช่วงหกเดือนหลัง แต่ละช่วงจำนวน 600 ภาพ รวมจำนวนภาพรังสีทั้งสิ้น 1,200 ภาพ นำมาเปรียบเทียบกับระดับคุณภาพของภาพรังสีและดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI) อิงเกณฑ์เหมาะสมที่บริษัทกำหนด และในคู่มือการใช้งาน รวมถึงประเมินงานวิจัยเทียบระดับคุณภาพของภาพรังสีและดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI)กับงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำผลลัพธ์และเทคนิคที่ดีมาปรับปรุงการให้ปริมาณรังสีที่เหมาะสมและยกระดับคุณภาพการให้บริการ เพิ่มความปลอดภัยสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบริการของหน่วยบริการรังสีเคลื่อนที่ กลุ่มงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลสมุทรปราการ

3 เพื่อแสวงหาแนวทางปรับปรุงการให้บริการและยกระดับคุณภาพภาพรังสีของหน่วยบริการถ่ายภาพรังสีเคลื่อนที่

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินค่าดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI) และคุณภาพภาพถ่ายรังสีทรวงอกในทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก ก่อนการพัฒนาและช่วงพัฒนาของหน่วย

บริการถ่ายภาพรังสีเคลื่อนที่ เทียบกับเกณฑ์เหมาะสมของบริษัทผู้ผลิต โดยใช้ข้อมูลก่อนการพัฒนาของผู้มารับบริการโดยใช้ข้อมูลจากฐานอิเล็กทรอนิกส์ช่วง ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 - 31 ธันวาคม 2566 จำนวนรวมภาพรังสีทั้งหมด 1,200 ภาพ แยกเป็นสองช่วง ก่อนพัฒนา(600 ภาพ) และช่วงพัฒนา(600 ภาพ) แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ช่วง คือก่อนพัฒนา (1 มกราคม พ.ศ. 2566 – 30 มิถุนายน 2566) และช่วงพัฒนา(1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 – 31 ธันวาคม 2566) พรรณนาข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ และวิเคราะห์เปรียบเทียบช่วงภาพถ่ายรังสีที่เหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษา

จากฐานอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลก่อนพัฒนา(1 มกราคม พ.ศ. 2566 – 30 มิถุนายน 2566) ภาพรังสี 600 ภาพ ข้อมูลช่วงพัฒนา((1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 – 31 ธันวาคม 2566)) จำนวนรวมภาพรังสี 600 ภาพ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างสูตรของเครซีและมอร์แกน (Internet) ค่าเฉลี่ยในแต่ละเดือน จำนวนครั้งการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ของกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมุทรปราการ เฉลี่ย 100 รายต่อเดือน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างสูตรของเครซีและมอร์แกน¹⁰ มีวิธีการต่อไปนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np (1 - p)}{e^2 (N - 1) + \chi^2 p (1 - p)}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N_p = แทนจำนวนประชากร

E = ระดับค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (เท่ากับ 0.05 ที่ค่าความเชื่อมั่น 95%)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร

$$n = \frac{(3.841)^2 \times 100 \times (0.5) \times (0.95)}{[(0.05)^2 \times 99] + [(3.841)^2 \times (0.5) \times (0.95)]}$$

$$n = 96.53$$

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จะใช้จำนวน 100 รายในแต่ละเดือน(> n= 96.53) เพื่อสะดวกในการคำนวณในช่วง หกเดือนแรกและช่วงหกเดือนหลัง (6x100)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ข้อมูลภาพถ่ายรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ ที่มาจากฐานข้อมูลของหน่วยความจำโปรแกรมบันทึกค่าดัชนีรังสี (Carstream) ในระบบ PACS ที่ถ่ายภาพรังสีด้วยเครื่องเอกซเรย์ Mobile portable เครื่องหมายเลขการค้า Carstream หมายเลขเครื่อง 5809-9094 2) ภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอกในทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ช่วงตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 – 30 มิถุนายน 2566) จำนวน 600 ภาพ และช่วงตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 – 31 ธันวาคม 2566) จำนวนรวมภาพรังสี 600 ภาพ 3) ข้อมูลบนภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่มีค่าดัชนี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี (DI) ปรากฏบนภาพ 4) ภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ ต้องใช้ระยะในการถ่ายภาพที่ 40 นิ้ว 5) ขนาดความกว้างของการเปิดพื้นที่รังสีในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกให้มีระยะขยายออกจากชายขอบของทรวงอกข้างละ 1 เซนติเมตร (เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อค่า EI)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน มีอุปกรณ์บดบังลำรังสีบนภาพและภาพรังสีอยู่ในเกณฑ์การคัดออก 1) ข้อมูลภาพถ่ายรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ ที่ไม่ได้มาจากฐานข้อมูลของหน่วยความจำโปรแกรมบันทึกค่าดัชนีรังสี ในระบบ PACS ที่ถ่ายภาพรังสีด้วยเครื่องเอกซเรย์ Mobile portable เครื่องหมายเลขการค้า Carstream หมายเลขเครื่อง 5809-9094 2) ภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอกในทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ที่ไม่ได้อยู่ช่วงตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 – 31 ธันวาคม 2566) 3) ข้อมูลบนภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่มีค่าดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี (DI) ไม่ปรากฏบนภาพ 4) ภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ ที่ใช้ระยะในการถ่ายภาพสั้นกว่าและที่มากกว่า 40 นิ้ว 5) ขนาด

ความกว้างของการเปิดพื้นที่รังสีในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกให้มีระยะขยายออกจากชายขอบของทรวงอกเกินออกไปจากด้านข้างมากกว่า 1 เซนติเมตร (เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อค่า EI)

ขั้นตอนการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากระบบดิจิทัล Mobile

1. ลงทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ผ่านระบบ HOSxP
2. ดึงWorklistรายชื่อไว้ในเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ นำเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ไปยังหอผู้ป่วยที่ขอรับบริการเพื่อถ่ายภาพรังสี
3. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยเช่น HN, ชื่อ-สกุล, อายุ และส่วนที่ต้องการถ่ายภาพรังสีให้ถูกต้องก่อนถ่ายภาพรังสี

4. จัดท่า โดยทรวงอกผู้ป่วยอยู่ในขอบเขตแผ่นรับรังสี(DR) เปิดลำรังสีให้ครอบคลุมและตั้งฉากกับแผ่น DR

5. ตั้งค่าเทคนิค (kV, mAs) ให้เหมาะสมกับความหนาทรวงอกของผู้ป่วย ทำการถ่ายภาพรังสี

6. ตรวจสอบคุณภาพภาพถ่ายรังสีและบันทึกค่าดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี (DI) ของภาพ ก่อนส่งภาพเข้าระบบจัดเก็บภาพ (PACS)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แนวทางปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในช่วงวิจัยก่อนพัฒนางาน และช่วงพัฒนางาน (ตารางเปรียบเทียบก่อนพัฒนาและช่วงพัฒนา)

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบก่อนพัฒนาและช่วงพัฒนา

ก่อนพัฒนางาน (ใช้เงื่อนไขในช่วงวิจัย ข้อ 1-7)	ช่วงพัฒนางาน (ใช้เงื่อนไข ข้อ 1-14)
ขั้นตอนการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากระบบดิจิทัล Mobile 1. ลงทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ผ่านระบบ HOSxp 2. ดึงWorklistรายชื่อไว้ในเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ นำเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ไปยังหอผู้ป่วยที่ขอรับบริการเพื่อถ่ายภาพรังสี 3. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยเช่น HN, ชื่อ-สกุล, อายุ และส่วนที่ต้องการถ่ายภาพรังสีให้ถูกต้องก่อนถ่ายภาพรังสี 4. จัดท่า โดยทรวงอกผู้ป่วยอยู่ในขอบเขตแผ่นรับรังสี(DR) เปิดลำรังสีให้ครอบคลุมและตั้งฉากกับแผ่น DR 5. ตั้งค่าเทคนิค (kV, mAs) ให้เหมาะสมกับความหนาทรวงอกของผู้ป่วย ทำการถ่ายภาพรังสี 6. ตรวจสอบคุณภาพภาพถ่ายรังสีและบันทึกค่าดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี (DI) ของภาพ ก่อนส่งภาพเข้าระบบจัดเก็บภาพ (PACS)	ขั้นตอนการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากระบบดิจิทัล Mobile 1. ลงทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ผ่านระบบ HOSxp 2. ดึงWorklistรายชื่อไว้ในเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ นำเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ไปยังหอผู้ป่วยที่ขอรับบริการเพื่อถ่ายภาพรังสี 3. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยเช่น HN, ชื่อ-สกุล, อายุ และส่วนที่ต้องการถ่ายภาพรังสีให้ถูกต้องก่อนถ่ายภาพรังสี 4. จัดท่า โดยทรวงอกผู้ป่วยอยู่ในขอบเขตแผ่นรับรังสี(DR) เปิดลำรังสีให้ครอบคลุมและตั้งฉากกับแผ่น DR 5. ตั้งค่าเทคนิค (kV, mAs) ให้เหมาะสมกับความหนาทรวงอกของผู้ป่วย ทำการถ่ายภาพรังสี 6. ตรวจสอบคุณภาพภาพถ่ายรังสีและบันทึกค่าดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี (DI) ของภาพ ก่อนส่งภาพเข้าระบบจัดเก็บภาพ (PACS) 7.ขอความร่วมมือหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ระบุความหนาทรวงอก น้ำหนัก ความสมบูรณ์ของเด็กทุกราย(เพิ่มเติมในใบrequest) 8 ระบุคนไข้รายใหม่ รายเก่า(ถ่ายเพิ่ม ถ่ายภาพติดตามการรักษา) 9 ระบุเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ครอบ ปกคลุม คลุม ตัวเด็กก่อนจัดทำ และขณะถ่ายภาพ 10 ระบุค่าเทคนิคที่ตั้งค่า (kV,mA,mAs, SAD ก่อนถ่ายภาพ (บันทึกทุกราย) 11 ระยะขยายขอบการบีบแสง ให้อยู่ในระยะ 1 เซนติเมตร 12 ประเมินระดับคุณภาพภาพถ่ายรังสีทรวงอก(under, low, optimum, high, over(เลือกระบุ) หลังการถ่ายภาพทุกครั้ง

ก่อนพัฒนางาน (ใช้เงื่อนไขนี้ในช่วงวิจัย ข้อ 1-7)	ช่วงพัฒนางาน (ใช้เงื่อนไขนี้ ข้อ 1-14)
	13 ระบุ ค่าดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI)หลังการถ่ายภาพ(บันทึกเป็นตัวเลข สัญลักษณ์ (DI +)ทุกราย 14 ลงชื่อผู้ถ่ายภาพ

หมายเหตุ เงื่อนไข ข้อ 7-14 ในช่วงพัฒนางาน ออกแบบแนวคิดโดยผู้วิจัย โดยปรึกษานักรังสีเชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำ

2 แบบบันทึก ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ระบบ HOSXP) ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ลำดับ ข้อมูลส่วนที่ถ่ายภาพ (อวัยวะ) ปีที่ถ่ายภาพ จำนวนภาพ อายุ เพศ ค่าดัชนีรังสี (EI) และค่าเบี่ยงเบนรังสี (DI) ของผู้ป่วยที่รับบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ระบบดิจิทัล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ประमाणการณ์ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของกลุ่ม ในช่วงเหมาะสม (Optimum) ต่ำกว่าเกณฑ์ (Under, Low) และสูงกว่าเกณฑ์ (Over, High)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลสมุทรปราการ กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง Tq03067

ผลการวิจัย

กลุ่มทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงอายุ 0-1 เดือน น้ำหนักตัวอยู่ในช่วง 800- 2500 กรัม ในจำนวนภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ทั้งหมด 1,200 ภาพ แยกเป็นช่วงหกเดือนแรก (1 ม.ค.- 30 มิ.ย. 2566) ในกลุ่มก่อนพัฒนา 600 ภาพ พบสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ร้อยละ 52.8 ต่อร้อยละ 47.2 และช่วงหกเดือนหลัง (1 ก.ค.- 31 ธ.ค. 2566) และในกลุ่มพัฒนา 600 ภาพ สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ร้อยละ 50.4 ต่อร้อยละ 49.6

ผลการประเมินค่าดัชนีรังสีค่าเบี่ยงเบนรังสี (DI) โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงก่อนพัฒนา ในหกเดือนแรก (1 ม.ค.- 30 มิ.ย. 2566)

จากจำนวนตัวอย่าง 600 ภาพ ینگเกณฑ์เหมาะสมของบริษัท พบภาพรังสีที่มีต่ำกว่า (Under) ค่าดัชนีรังสี ค่าเบี่ยงเบนรังสี EI <999, DI ช่วง(-3) จำนวน 21 แผ่นภาพ หรือร้อยละ 3.50 ภาพรังสีที่มีค่าต่ำ (Low) ค่าดัชนีรังสี ค่าเบี่ยงเบนรังสี EI 1,000-1,199 ช่วง ,DI (-2) จำนวน 87 แผ่นภาพ หรือร้อยละ 14.50 ภาพรังสีอยู่ ینگเหมาะสม (Optimum) ค่าดัชนีรังสี ค่าเบี่ยงเบนรังสี EI 1,200-1,700 ,DI ช่วง (+1)] จำนวน 410 แผ่นภาพ หรือร้อยละ 68.34 ภาพรังสีภาพรังสีที่มีมีค่าสูง (High) ค่าดัชนีรังสี ค่าเบี่ยงเบนรังสี EI 1,701-1,900 ,DI ช่วง (+2) จำนวน 59 แผ่นภาพ หรือร้อยละ 9.83 และภาพรังสีที่มีมีค่าสูงกว่า (Over) ค่าดัชนีรังสี ค่า เบี่ยงเบนรังสีช่วง EI > 1,900 ,DI ช่วง (+3) จำนวน 23 แผ่นภาพ หรือร้อยละ 3.83

ช่วงพัฒนา ช่วงหกเดือนหลัง(1 ก.ค.- 31 ธ.ค. 2566) จากจำนวนตัวอย่าง 600 ภาพ ینگเกณฑ์เหมาะสมของบริษัท พบ ภาพรังสีที่มีต่ำกว่า (Under) ค่าดัชนีรังสีค่าเบี่ยงเบนรังสี [(EI) EI <999,DI ช่วง(-3)] จำนวน 0 แผ่นภาพ หรือร้อยละ 0 ภาพรังสีที่มีค่าต่ำ (Low) ค่าดัชนีรังสี ค่าเบี่ยงเบนรังสี(EI) 1,000-1,199 ,ช่วง(-2) จำนวน 14 แผ่นภาพ หรือร้อยละ 2.34 ภาพรังสีอยู่ ینگเหมาะสม (Optimum) ช่วงค่าดัชนีรังสี(EI) 1,200-1,700 ค่าเบี่ยงเบนรังสี,DI ช่วง (+1) จำนวน 570 แผ่นภาพ หรือร้อยละ 95 ภาพรังสีที่มีมีค่าสูง (High) ค่าดัชนีรังสี ค่าเบี่ยงเบนรังสี(EI) 1,701-1,900 ,DI ช่วง (+2) จำนวน 16 แผ่นภาพ หรือร้อยละ 2.99 และภาพรังสีที่มีมีค่าสูงกว่า (Over)ค่าดัชนีรังสี ค่าเบี่ยงเบนรังสี [(EI) > 1,900 ช่วง (+3)] จำนวน 0 แผ่นภาพ หรือร้อยละ 0

ตารางที่ 2 แสดงค่าข้อมูล กลุ่มก่อนพัฒนา ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 600 ภาพ ช่วง (1 ม.ค- 30 มิ.ย 2566)

Group	n	%	Lower-Upper EI	Lower-Upper DI
ต่ำกว่า (Under) 3	21	3.50	<999	DI ช่วง(-3) หรือ >(-3)
ต่ำ(Low) 2	87	14.50	1,000-1,199	DI ช่วง (-2)
เหมาะสม (Optimum) 1	410	68.34	1,200-1,700	DI ช่วง (±1)
สูง (High) 4	59	9.83	1,701-1,900	DI ช่วง (+2)
สูงกว่า (Over) 5	23	3.83	> 1,900	DI ช่วง(+3) หรือ >(+3)
รวม	600	100	-	-

ตารางที่ 3 แสดงค่าข้อมูล กลุ่มพัฒนา ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน(n_p) 600 ภาพ ช่วง (1 ก.ค.- 31 ธ.ค. 2566)

Group	n	%	Lower -Upper EI	Lower- Upper DI
ต่ำกว่า (Under)	0	0	<999	DI ช่วง(-3) หรือ >(-3)
ต่ำ(Low)	14	2.34	1,000-1,199	DI ช่วง (-2)
เหมาะสม (Optimum)	570	95	1,200-1,700	DI ช่วง (±1)
สูงกว่า (High)	16	2.99	1,701-1,900	DI ช่วง (+2)
สูงกว่า (Over)	0	0	> 1,900	DI ช่วง(+3) หรือ >(+3)
รวม	600			

ตารางที่ 4 อ้างอิงเกณฑ์ของบริษัท(Carestream)* โทนสีบอกสถานะที่แสดงบนหน้าจอคอมพิวเตอร์แสดงผล

	Repeat	Accept			Repeat
	under	low	optimum	high	over
DI	-3	-2	(-1)-0-(+1)	+2	+3
Tone	ขาว	เหลือง	เขียวอ่อน-เขียว-เขียวแก่	ส้ม	แดง
EI,	EI <999	EI 1,000-1199	EI 1,200-1,700	EI 1,701-1,900	EI >1,901

สรุปและอภิปรายผล

ประเมินผลค่าดัชนีรังสี(ดัชนีรังสี (EI) ค่าเบี่ยงเบนรังสี(DI) และระดับคุณภาพเทียบกับเป้าหมายหน่วยงาน(ร้อยละ 90)รังสีวิทยาจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลสมุทรปราการ อิงค่าความเหมาะสมตามเกณฑ์ของบริษัทเพื่อวัดค่าผลการปฏิบัติงานที่ใช้เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ระบบดิจิทัลช่วงก่อนพัฒนาและช่วงพัฒนา มีดังนี้ ช่วงก่อนพัฒนา ในหกเดือนแรก (1 ม.ค.- 30 มิ.ย. 2566) ภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ทารกแรกเกิด ค่าดัชนีรังสีและค่าเบี่ยงเบนรังสีอยู่เกณฑ์เหมาะสม (Optimum) มีอัตราที่ค่อนข้างต่ำเทียบกับเป้าหมายหน่วยงานมีค่า ร้อยละ 68.34 กำหนดที่ร้อยละ90 (อัตราภาพเสียหรือด้อยคุณภาพไม่เกินร้อยละ10) และมีการกระจายของภาพรังสีในกลุ่มต่างๆ (Under) ร้อยละ 3.50 (Low)

ร้อยละ 14.50 (High) ร้อยละ 9.83 และ (Over) ร้อยละ 3.83

เมื่อเพิ่มกิจกรรมและแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานประจำในช่วงพัฒนา ให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน พบว่าภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ทารกแรกเกิด ค่าดัชนีรังสีและค่าเบี่ยงเบนรังสีอยู่เกณฑ์เหมาะสม (Optimum) มีอัตราสูงขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับเป้าหมายหน่วยงาน(ร้อยละ90) มีค่าสูง ร้อยละ 95

นอกจากนี้ยังไม่พบกลุ่มค่าต่ำกว่า (Under) หรือร้อยละ 0 แต่ในกลุ่มค่าต่ำ (Low) ลดลงจากเดิมร้อยละ 14.50 เหลือเพียงร้อยละ 2.34 เช่นเดียวกับกลุ่มค่าสูง (High) ลดลงจากเดิมร้อยละ 9.83 เหลือเพียงร้อยละ 2.99 และไม่พบภาพรังสีกลุ่มค่าสูงกว่า (Over)หรือร้อยละ 0

เมื่อประเมินจากคุณภาพผลงานช่วงก่อนพัฒนากับช่วงพัฒนามีความผกผันกัน กล่าวคือ ช่วงก่อนพัฒนา มีการกระจายของภาพรังสีทุกกลุ่ม (Under, Low, Optimum, High, Over) มีค่าร้อยละที่แตกต่างกัน เมื่อนำกระบวนการพัฒนาเข้ามาเสริมและกำหนด และควบคุมให้รัดกุม และเฝ้าติดตามในขั้นตอนการปฏิบัติงานประจำ พบว่าสัดส่วนคุณภาพผลงานที่อิงเกณฑ์เหมาะสมของบริษัทพบสัดส่วนค่าดัชนีรังสีและค่าเบี่ยงเบนรังสีของภาพถ่ายทรวงอกเคลื่อนที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ค่าที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (Under) และสูงกว่าเกณฑ์ (Over) ของบริษัทลดลงหรือไม่พบหรือร้อยละ 0 จะมีส่วนที่ลดลงคือ ค่าต่ำ (Under) และค่าสูง (High) ตัวเลขค่าร้อยละลดต่ำลง

จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปราย ดังนี้

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบงานวิจัยค่า EI กับงานวิจัยอื่น

ผู้วิจัย/ปี	EI				
	Accept				
	Under %	Low %	Optimum %	High %	Over %
วิธนา 2566 พุทธชินราช (พล) ¹⁴	0	0.5	71.8	9.7	16.3
จริญญา เต็งชัยภูมิ และคณะ (พ.ศ.2562) ¹²	-		< 50.0		-
ภัทรทิยา หมอยา และคณะในปี 2563 ¹¹	-		75.0		-
บรรจง เชื้อนแก้ว และคณะ ในปี 2555 ¹³	16.0		69.0		15.0

2) ประเด็น ความผกผันของค่า Under และ Over ในช่วงก่อนพัฒนา กลุ่ม Optimum มีอัตราต่ำกว่าเมื่อเทียบกับเป้าหมายของกลุ่มงานที่ตั้งไว้ (ร้อยละ90) และเทียบกับงานวิจัยอื่น(ตารางที่สอง) จากข้อมูลจำนวน 600 ตัวอย่าง พบว่าช่วงเหมาะสม มีอัตราต่ำกว่าเมื่อเทียบกับเป้าหมายของกลุ่มงานที่ตั้งไว้ (ร้อยละ90) จากข้อมูลในช่วงพัฒนา ค่าดัชนีรังสีและค่าเบี่ยงเบนช่วงเหมาะสมค่อนข้างเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูง (ร้อยละ) สลับกับช่วงก่อนพัฒนาสอดคล้องกับสมมติฐานที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อาจมีสาเหตุเนื่องจากการให้ความรู้ การตั้งค่าเทคนิคที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจระบบ และคุณภาพของภาพรังสี จึงเลือกตั้งค่าปริมาณรังสีที่เหมาะสม

1) ประเด็นเหมาะสม (Optimum) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลของการศึกษาจากสถาบันอื่นๆ ในประเทศไทย มาเทียบเคียง พบความต่างในรูปแบบการศึกษาของสถาบันอื่นศึกษาข้อมูลย้อนหลัง(เทียบกับงานวิจัยนี้ช่วงก่อนพัฒนางาน) เกณฑ์คุณภาพผลงานไม่ต่างกัน พบทั้ง 5 ระดับ(Under, Low, Optimum, High, Over) ค่าร้อยละในแต่ละระดับใกล้เคียงกันในแต่ละระดับอย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้เพิ่มขึ้นตอนการพัฒนา ทำให้ความสำคัญกับช่วง Optimum มากที่สุดและนำไปเป้าหมายของกลุ่มงานมากำหนดคุณภาพผลงาน (เป้าหมายของหน่วยงานรังสีวิทยาที่กำหนดที่ร้อยละ90 (อัตราภาพเสียหรือด้อยคุณภาพไม่เกินร้อยละ10) เมื่อมาพิจารณาจากผลวิจัยช่วงพัฒนาพบว่ายังไม่มีสถาบันหรือโรงพยาบาลใดที่ได้ผลลัพธ์ดังที่กล่าวมา ดังตารางที่ 5

ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันในการใช้งานระบบดิจิทัล ช่วงก่อนพัฒนาและช่วงพัฒนา จากอาจมีสาเหตุสำคัญ ดังนี้

(1) ความรู้ ความเข้าใจระบบดิจิทัล การถ่ายทอดองค์ความรู้จากบริษัทที่ติดตั้งมีส่วนสำคัญ เนื่องจากกระบวนการถ่ายภาพรังสีมีความซับซ้อนและยุ่งยาก การถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจจึงส่งผลต่อการตัดสินใจและใช้เกณฑ์ใหม่มากำหนดคุณภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shepard SJ และคณะในปี 2009 ⁸

(2) ความรู้ ความเข้าใจ วิชาการในเรื่องดัชนีรังสีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพภาพถ่ายรังสีต้องศึกษาและเข้าใจก่อนนำมาใช้งาน

มีหลายงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเรื่องดัชนีรังสี เช่น งานวิจัยของ ภัทรทิยา หมอยาและคณะ ประเมินค่า

ดัชนีรังสี EI ในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเด็ก ในปี พ.ศ.2562 วัตถุประสงค์เพื่อสร้างตารางเทคนิคที่เหมาะสมในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกของเด็ก ตัวแปรที่ศึกษา เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า kVp, mAs, SID, grid และใช้การถ่ายภาพรังสีอัตโนมัติ ใช้ข้อมูลดัชนีรังสี เทียบกับค่าดัชนี EI ที่บริษัทผู้ผลิตกำหนด ผลวิจัย ส่วนใหญ่ค่าดัชนีรังสี อยู่ในช่วงเหมาะสม ยกเว้นในท่า AP upright ค่าดัชนีรังสีอยู่นอกในช่วงเหมาะสม ร้อยละ 25 ศึกษาเน้นความสำคัญของค่าดัชนีรังสี สามารถนำมากำหนดคุณภาพของภาพรังสี¹⁰ งานวิจัยของ บรรจง เชื้อนแก้ว และคณะ ในปี 2555 ประเมินค่าดัชนีรังสี (EI) จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกท่า PA เพื่อประเมินค่าดัชนีรังสีช่วงค่าเหมาะสม ข้อมูลจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก 1,005 ราย ผลค่าดัชนีรังสีช่วงค่าเหมาะสมร้อยละ 69 ค่ามากกว่า ร้อยละ 15 และน้อยกว่าร้อยละ 16 สรุปค่าดัชนีรังสีส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ข้อเสนอแนะ ปรับเทียบค่าดัชนีรังสีจากบริษัทผู้ผลิต เพื่อใช้เป็นค่าที่สะท้อนถึงปริมาณรังสี ควบคุมคุณภาพ ต้องมีการอบรมการใช้งานระบบดิจิทัล¹² งานวิจัยของ วิธนา ผูกพานิ ในปี 2555 ประเมินค่าดัชนีวัดปริมาณรังสี ในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ ด้วยระบบดิจิทัล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก วัตถุประสงค์เพื่อประเมินค่าดัชนีรังสีภาพถ่ายรังสีทรวงอก เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของบริษัทผู้ผลิต วิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของผู้มารับบริการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 – 2565 จำนวน 1206 ภาพ (ปีละ 402 ภาพ) ผลวิจัย ข้อมูลทุติยภูมิช่วงปี พ.ศ.2563 – 2565 กลุ่ม Under (ค่า EI <100) ร้อยละ 0, 0, 0 กลุ่ม low (ค่า EI <200) ร้อยละ 0, 0.5, 1 กลุ่ม Optimum (ค่า EI 200-400) ร้อยละ 75, 67, 73.5 กลุ่ม high (ค่า EI >400) ร้อยละ 9, 11.5, 8.5 กลุ่ม over (ค่า EI >600) ร้อยละ 11, 21, 1 สรุป พบว่าข้อมูลค่า EI จากกลุ่มตัวอย่างข้อมูลทุติยภูมิช่วงปี พ.ศ.2563 – 2565 พบกลุ่ม Under ในช่วงปี พ.ศ.2563 – 2565 พบกลุ่ม low ช่วงปี พ.ศ.2563 – 2565 ร้อยละ 0, 0.5, 1 กลุ่ม EI Optimum มีค่าร้อยละ 75, 67, 73.5 กลุ่ม high ร้อย

ละ 9, 11.5, 8.5 กลุ่ม over ร้อยละ 11, 21, 17 ข้อมูลจากงานวิจัยนี้ที่เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้งานระบบดิจิทัลทั้งจากกลุ่มตัวอย่างข้อมูลทุติยภูมิช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2565 ต้องมีการปรับปรุงการให้บริการ เพื่อยกระดับคุณภาพภาพรังสี จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานเป็นอย่างมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย การปฏิบัติงานด้านรังสีต้องใช้รังสีให้น้อยที่สุดเพียงพอแก่การวินิจฉัยโรค ลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสีเกินความจำเป็น ผู้วิจัยในฐานะที่ร่วมรับผิดชอบในด้านนโยบาย จึงแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

2. ด้านปฏิบัติ ร่วมประชุมหารือในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักให้กับนักรังสีการแพทย์ที่ปฏิบัติงานถ่ายภาพรังสี ให้เข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับค่าดัชนีรังสี และปัจจัยที่มีผลต่อค่าดัชนีรังสี โดยกำหนดเป้าหมาย เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพผลงานให้สูงขึ้น การสร้างงานวิจัยเพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ และค้นหาสาเหตุ จึงเป็นโอกาสการพัฒนางานประจำ

3. แนวทางการแก้ปัญหาในอนาคตที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมุทรปราการจากข้อมูลในงานวิจัย คุณภาพของภาพรังสี กลุ่ม Optimum มีอัตราสูงขึ้นเมื่อเทียบกับเป้าหมายของหน่วยงานที่ตั้งไว้และเมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่น ซึ่งต้องพัฒนาต่อไป อย่างไรก็ตามความสำคัญอยู่ที่ความร่วมมือของบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ต้องหลอมรวมแนวคิดที่จะปรับปรุง และแก้ไของค์ความรู้ และแนวคิดที่ถูกต้องและสัมพันธ์กับค่าดัชนีรังสี (EI) ค่าเบี่ยงเบนรังสี (DI) ซึ่งเป็นวิทยาการสมัยใหม่ การปรับแนวคิดและทัศนคติต่อเทคโนโลยีใหม่และการปรับตัวนับเป็นเรื่องที่ยุ่ยากและท้าทายให้ศึกษาค้นคว้าความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงาน การเปิดเผยข้อมูลค่าดัชนีรังสี (EI) ค่าเบี่ยงเบนรังสี (DI) ที่สัมพันธ์กับเป้าหมายของหน่วยงานนั้นๆ จากการค้นคว้าในงานวิจัยที่ถูกนำเสนออย่างไม่พบงานวิจัยใดที่สามารถแก้ปัญหาได้ลุล่วง จากเหตุผลดังกล่าวนี้ผู้วิจัยจึงนำเสนอประเด็นความคลาดเคลื่อนของค่าดัชนีรังสี (EI) ออก

นอกเกณฑ์กำหนด มาเป็นประเด็นที่จะออกแบบงานวิจัยเพื่อให้ได้ภาพรังสีในกลุ่ม Optimum มีอัตราที่สูงขึ้นและถึงระดับเป้าหมายของหน่วยงาน แม้ว่าจะมีปัญหาและอุปสรรครออยู่แต่ก็จะเป็นเรื่องที่ทำหาคความสามารถเป็นอย่างยิ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่อนุมัติการทำวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ บุคลากรประจำกลุ่มงานรังสีวิทยา และขอขอบคุณหัวหน้าหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ จนทำให้งานศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Atomic Energy Agency (IAEA)(2004). Optimization of the radiological protection of patients undergoing radiography, fluoroscopy and computed tomography. Vienna: IAEA, 2004
- 2.กรณิการ์อุตรพิมพ์, รัตติกาล คัมภีราวัฒน์.(2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 15(1) 350-64
3. สถิติกลุ่มงานงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมุทรสงคราม ประจำปี 2566.
4. Takaki, T, Takeda, K, Murakami, S., Ogawa, H., Ogawa, M., Sakamoto, M.(2016). Evaluation of the effects of subject thickness on the exposure index in digital radiography. Radiological physics and technology. 9(1), 116-120.
- 5.Wouter JHV, Lucia JMK, Jacob G.(2009) Dose and perceived image quality in chest radiography. Eur Radiol 72:209–217.
6. European Commission.(1999) Guidance on diagnostic reference levels for medical exposures. Radiation protection 109. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
7. Hart D, Hillier MC, Wall BF.(2002). Doses to patients from medical X ray examinations in the UK 2000 review. Oxford: National Radiological Protection Board Publication, 2002
8. Neitzel U.(2006). The Exposure Index and its Standardization [Internet]. Philips Medical Systems, Hamburg, Germany; Available from: http://www.diamond3.org/Trier_2006/Exposure_Index_Standardization.pdf [Accessed 2013 November 18].
9. carestream DR (2025). [homepage on the Internet]. [updated 2025 May 16; cited 2026 Jan 9]. Available from: <https://www.carestream.com/en/us/medical/dr-systems>
- 10.สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างประชากรในงานวิจัย [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2556 เข้าถึงได้จาก เว็บไซต์ <https://select-statistics.co.uk/calculators/sample-size-calculator-population-proportion/>
11. ภัทริยา หมอยา, นาดาชา แสงเพชร, สิริกาญจน์ ธรรมดอน, เสริมศักดิ์ แสงเพชร, ธวัช สิริวิลาสลักษณ์ , ยะดา เสนาะสันต์.(2563) การประเมินค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสีในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเด็ก จากการสร้างภาพรังสีด้วยระบบดิจิทัล. วารสารรังสีเทคนิค [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2564]; 45:28-33. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjrt/article/download/248315/169381/>
12. จริญญา เต็งชัยภูมิ, จินดาวัลย์ วิบูลย์อุทัย, เพชรกร หาญพานิชย์.(2563). การศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณรังสีที่เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐาน และเทคนิคการถ่ายภาพทางรังสี ในโรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/download/241821/164473/>
13. บรรจง เชื้อนแก้ว, วิชัย วิษุทธตระกูล และปณัสดา อวิคุณประเสริฐ. (2555). การประเมิน S valueในการสร้าง ภาพทรวงอกท่า PA จากกระบวนการสร้างภาพรังสีด้วยคอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์ 47, 23-29.
14. วิณา ผูกพานิช.(2566). การประเมินค่าดัชนีวัดปริมาณรังสี ในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ ด้วยระบบดิจิทัล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก." ประชุมวิชาการรังสีเทคนิค ประจำปี 2566. สมาคมศิษย์เก่ารังสีเทคนิครามธิบดี

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 The effects of resilience enhancement program on depression in type 2 diabetes patients.

(Received: June 6,2024 ; Revised: June 12,2024 ; Accepted: June 13,2024)

จักรกรินทร์ รัชวิจักขณ์¹
Chakrin Ratchawichak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 46 คน ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาทและโรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ dependent t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

คำสำคัญ : โปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a resilience enhancement program on depression in type 2 diabetes patients. Sample size 46 type 2 diabetes patients who received treatment at the diabetes clinic. Watsing hospital Chainat province and Nongchang hospital Uthai Thani province . Samples were randomly assigned to a control group and an experimental group, 23 people per group. The control group received normal care. The experimental group received a resilience enhancement program . Data collection tools included a general information questionnaire. and depression assessment 9 Q of the Department of Mental Health. 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 depression in type 2 diabetes patients. After receiving the resilience enhancement program, it was lower than before receiving the program, statistically significant at the level .01. 2) Mean score of depression depression in type 2 diabetes patients, who received the resilience enhancement program lower than the group receiving normal care, statistically significant at .01 level.

Keywords : resilience enhancement program, depression, type 2 diabetes patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในจำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจและสังคม จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกกว่า 425 ล้านคนในปี พ.ศ.2560 และคาดการณ์

ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้มากถึง 629 ล้านคนในปี พ.ศ.2588 ในประเทศไทยพบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีความชุกเบาหวานประมาณ 4.8 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ¹ ส่วนในโรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท พบผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท

โดยในปี 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1,271, 1,293 และ 1,338 คนตามลำดับ²

โรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับความเครียดจากการเจ็บป่วยโดยตรงและผลกระทบจากการเจ็บป่วย เช่น ภาระการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ความพยายามควบคุมการดำเนินของโรค ความกลัวหรือกังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการขาดรายได้³ ความเครียดเหล่านี้ได้สะสมมาเป็นเวลานานและเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดจากการรับรู้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.49 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ปัญหา หรือไม่เครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้⁴ สหพันธ์สุขภาพจิตโลกระบุว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานมีอาการซึมเศร้าร่วมอยู่ด้วย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีโอกาสมากกว่าคนปกติ 2 เท่าโดยมีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 10-30 และถ้าผู้ป่วยมีโรคทางกายอื่นร่วมด้วยยังทำให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้ามากขึ้น⁵ และเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีอาการซึมเศร้านักจะขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้อาการโรคเบาหวานรุนแรงมากขึ้น⁶ ถึงแม้ระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานบริการสุขภาพ จะมีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นด้านร่างกาย และการรักษาด้วยยา ส่วนทางด้านจิตใจ และด้านสังคมยังมีการตระหนักในการให้บริการอยู่ค่อนข้างน้อย⁷

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว และฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต เป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข บรรลุเป้าหมายและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี ดังนั้นการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตจึงเป็นการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในการเผชิญปัญหา

สามารถจัดการปัญหาและก้าวข้ามสถานการณ์ที่ยากลำบากและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Grothberg⁸ จะประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ คือ ความมั่นใจ ความรับผิดชอบ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) I have คือการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ และ 3) I can เป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ โดยใช้หลักการแก้ปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้⁹

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จึงพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเป็นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและ หลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท และโรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท และโรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 46 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า(inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะซีมเคร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง 2) สามารถสื่อสารพูดคุยได้รู้เรื่อง และ3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพ เช่น เจ็บป่วยร้ายแรงในระยะที่ควบคุมไม่ได้ และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria) คือ ไม่สามารถ

อยู่ร่วมการวิจัยตลอดช่วงของการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G* Power ¹⁰ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.8 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 42 คน เพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างทำการวิจัย จึงได้ตัวอย่างจำนวน 46 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลวัดสิงห์ 23 คน และโรงพยาบาลหนองฉาง 23 คน ด้วยวิธีจับคู่ (matched-pairs) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลวัดสิงห์เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลหนองฉาง เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ Grothberg (2003) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 - 90 นาทีต่อกิจกรรม ทำทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ซึ่งมีโครงสร้างของกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่	ชื่อกิจกรรม	พลังสุขภาพจิต
1	ประสานไมตรี	-
2	ทำความรู้จักกับพลังสุขภาพจิต	สิ่งที่ฉันเป็น (I am)
3	สร้างภูมิคุ้มกันทางใจ ฮิต ฮิต ฮู้	สิ่งที่ฉันเป็น (I am)
4	ผ่อนคลายใจ คลายเครียด	สิ่งที่ฉันสามารถ (I can)
5	ปัญหาไม่ว่าง	สิ่งที่ฉันสามารถ (I can)
6	เครือข่ายมิตรภาพ	สิ่งที่ฉันมี (I have)
7	เตรียมใจไว้สู้	สิ่งที่ฉันมี (I have)
8	แลกเปลี่ยน เดิมเต็ม	สิ่งที่ฉันเป็น (I am) , สิ่งที่ฉันสามารถ (I can),สิ่งที่ฉันมี (I have)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับ

การศึกษา ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ และโรคร่วมทางกายอื่นๆ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้

เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้ใส่คำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อแบบประเมินเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1-7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย > 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผลใช้ คะแนนรวมแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับดังนี้

คะแนน < 7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

คะแนน 7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

คะแนน 13 -18 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนน ≥ 19 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงทางโครงสร้างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.67-1.00 ต่อจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย มีค่าประสิทธิภาพตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ E1/E2 เท่ากับ 80/80

2. แบบประเมินซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิตมาใช้โดยไม่ได้ทำการดัดแปลงเนื้อหาใดๆ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง และเตรียมเครื่องมือการวิจัย พร้อมทั้งนำหนังสือขอเสนอโครงร่างวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ภายหลังจากการพิจารณาผู้วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

3. ดำเนินการติดต่อประสานงานเพื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินงาน ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรม

4. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยไม่มีกิจกรรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8

5. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จำนวน 8 กิจกรรมๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 - 90 นาที ทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 “ประสานไมตรี” วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน วิธีดำเนินการ (60 นาที)

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวและผู้ช่วยวิจัย ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนแนะนำตนเอง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต

สัปดาห์ที่ 2 “ทำความรู้พลังสุขภาพจิต” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเข้าใจความหมายองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต ตระหนักถึงความสำคัญของพลังสุขภาพจิตและสามารถประเมินพลังสุขภาพจิตของตนเองได้วิธีดำเนินการ (60 นาที) ผู้วิจัยบรรยายเกี่ยวกับความหมาย องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต และความสำคัญของพลังสุขภาพจิต โดยใช้ power point พร้อมทั้งยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตประกอบการบรรยาย

และแจกแผ่นพับเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตให้กับสมาชิกทุกคน จากนั้นผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญของพลังสุขภาพจิต

สัปดาห์ที่ 3 “สร้างภูมิคุ้มกันทางใจ อึด ฮึดสู้” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ฝึกดำเนินการ (90 นาที) ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนเขียน “สิ่งดีๆ ของตนเอง” ลงในกระดาษ และให้สมาชิกคนอื่น ๆ เขียนชื่นชมสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่ในตัวเพื่อนด้วย โดยเวียนจนครบ หลังจากนั้นให้ทุกคนออกมานำเสนอ ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญของการมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น

สัปดาห์ที่ 4 “ผ่อนคลายใจ คลายเครียด” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ฝึกดำเนินการ (90 นาที) ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกเครียดทีละคน หากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เพื่อนเล่าตรงกับของตนเอง ก็ให้ร่วมพูดในเหตุการณ์หรือประสบการณ์นั้นได้ ผู้วิจัยสรุปประเด็นความเครียดและการจัดการความเครียด และฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 5 “ปัญหาไม่มีแก้” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มรู้จักวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ อันเป็นการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับตนเอง ฝึกดำเนินการ (90 นาที) ผู้วิจัย อธิบายวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ พร้อมกับยกตัวอย่างประกอบ จากนั้นผู้วิจัยสรุปความสำคัญเรื่องเทคนิคการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการหาทางออกของปัญหา แล้วทำการสุ่มสมาชิก 2-3 คน ให้บอกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบที่จะนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 6 “เครือข่ายมิตรภาพ” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มรู้จักการสร้างมิตรภาพกับผู้อื่น มีแหล่งที่ให้คำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในชีวิต ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาได้ ฝึกดำเนินการ (90 นาที) ผู้วิจัยอธิบายเทคนิคการสร้างสัมพันธ์ภาพและให้สมาชิกในกลุ่มฝึกทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ

สัปดาห์ที่ 7 “เตรียมใจไว้สู้” วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกสามารถกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและสามารถสร้างกำลังใจของตนเองที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ ฝึกดำเนินการ (90 นาที) ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนเขียนเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและวิธีการสร้างกำลังใจให้กับตนเองลงในกระดาษที่ผู้วิจัยแจกให้ พร้อมทั้งบอกเล่าให้เพื่อนสมาชิกทุกคนรับฟัง

สัปดาห์ที่ 8 “แลกเปลี่ยน เต็มเต็ม” มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้ สาระสำคัญ สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่ม และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ ฝึกดำเนินการ (60 นาที) ผู้วิจัยสุ่มสมาชิกกลุ่ม 3-5 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ ผู้วิจัยสรุปผลการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและยุติกิจกรรมกลุ่ม

4. เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองโดยการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต หลังการทดลอง (Post-test) คือสัปดาห์ที่ 8

5. การสรุป วิเคราะห์ผล ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการทดลองจากผลคะแนนที่ได้จากประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ต่อจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มและทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เลขที่ 36/2566 วันที่รับรองโครงการ 18 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.52 อายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.83 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.57 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 56.52 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.13 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.87 ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 130 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 69.57 ชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ เป็นยารับประทาน คิดเป็นร้อยละ 65.22 และโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 47.83

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.52 อายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ

43.48 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.57 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 60.87 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.78 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.87 ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 130 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 73.91 ชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ เป็นยารับประทาน คิดเป็นร้อยละ 69.56 และโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 52.17 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

2. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n=23) และกลุ่มทดลอง (n=23)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มควบคุม	13.62	2.51	12.97	2.44	1.74	2.37
กลุ่มทดลอง	13.60	2.48	7.69	2.19	13.66	.001**

** $p<.01$

3. คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีภาวะซึมเศร่าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุม($n=23$) และกลุ่มทดลอง ($n=23$) ก่อนและหลังการทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	13.62	2.51	13.60	2.48	1.13	2.37
หลังการทดลอง	12.97	2.44	7.69	2.19	14.49	.001**

** $p < .01$

สรุปและอภิปรายผล

1. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งไปเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยของพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Grothberg⁸ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตตามองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ฉันเป็น (I am) ซึ่งจะมุ่งเน้นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจของบุคคล ให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้กิจกรรม “ทำความรู้สึกกับพลังสุขภาพจิต” และกิจกรรม “สร้างภูมิคุ้มกันทางใจ อึด ฮึด สู้” องค์ประกอบ ที่ 2 ฉันมี (I have) เป็นการส่งเสริมการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และรับรู้แหล่งสนับสนุนภายนอกที่สามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา โดยใช้กิจกรรม “เครือข่ายมิตรภาพ” และกิจกรรม “เตรียมใจ ไว้สู้” และองค์ประกอบที่ 3 ฉันสามารถ (I can) เป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะในการเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยใช้กิจกรรม “ผ่อนคลายใจ คลายเครียด” และกิจกรรม “ปัญหามีไว้แก้” ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ โดยกิจกรรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้เกิด

ความรัก ความนับถือ และความร่วมมือ หรือการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข รวมถึงมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันจะทำให้ได้เรียนรู้เรื่องราวประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละคนได้มีการชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และยังทำให้เห็นว่าปัญหาสามารถเกิดได้กับทุกคน ไม่ใช่เราเพียงคนเดียวและยังมีคนที่คอยรับฟังเข้าใจและพร้อมที่จะให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จึงทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีงามขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้ามีสติ สมาธิจิตใจสงบมากขึ้น ช่วยให้ผ่อนคลายและทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและสามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง ส่งผลให้คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของไพจิตร พุทธรอด¹¹ พบว่าการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้านช่วยเพิ่มพลังสุขภาพจิตให้กับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกิจกรรม มีการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกันในกลุ่ม ทบทวนข้อดีของตนเอง เสริมแรงในการให้กำลังใจกัน พัฒนาความคิดด้านบวก ทำให้เห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง พูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างเข้าใจกับบุคคลอื่น ๆ รอบข้าง การฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเผชิญในชีวิตประจำวัน การฝึกใจให้สงบ การฝึกผ่อนคลาย การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าลดลง

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งไปเป็นไปตาม

สมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า การดูแลตามปกติ ภายหลังที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับ จะเน้น การให้ความรู้เรื่องโรค คำแนะนำเรื่องการ รับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น โดยกิจกรรมเหล่านี้มี เป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองขณะอยู่ที่ บ้านได้ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย ส่วนการ ดูแลทางด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ยังไม่ได้ รับการดูแลอย่างชัดเจน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลตามปกติยังคงมีภาวะ ซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ เสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าว ของมณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์¹² ที่ว่า การดูแลทางด้าน จิตใจของเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้าตามมา ส่วนกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็น โปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 สามารถมองเห็นปัญหาที่กำลัง เผชิญ มีวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างเป็นระบบ โดย มีกำลังใจจากตนเองและเพื่อนๆ ทำให้เห็นความมี

คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มองโลกและสิ่งแวดล้อม ในทางที่ดีขึ้น จึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

ดังนั้นในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การ สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Grothberg⁸ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่า ในตนเองมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประมวล ตรีกุล¹³ และกนกภรณ์ ทองคุ้มและคณะ⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 โดยติดตามผลในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะ ยาวของโปรแกรม และนำผลที่ได้มาพัฒนา โปรแกรมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็ง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. นงค์คราญ ชูอินทร์ และคณะ. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัคร สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 38(1), 254-267
2. โรงพยาบาลวัดสิงห์. (2566). สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ชัยนาท : โรงพยาบาลวัดสิงห์.
3. American Diabetes Association. (2013). Economic cost of diabetes in the U.S. in 2012. Diabetes Care, 36, 1033-1046.
4. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. (2557). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(3), 287-298.
5. ศุภพงศ์ ไชยมงคล. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับ บริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคอนสาร. ชัยภูมิเวชสาร, 36(1), 60-76.
6. กรมสุขภาพจิต. (2561). วันสุขภาพจิตโลก. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2566, จาก http://www.klb.dmh.go.th/modules.php?m=news&gr=op=detail&news_id=9.
7. กัตติกา ธนะขว้าง และคณะ. (2558). การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2566, จาก <https://thaitgri.org/?p=37084?download>
8. Grothberg, E.H. (2003). Resilience for today: gaining strength from adversity. Westport, CT: Praeger.
9. กนกภรณ์ ทองคุ้ม และคณะ. (2565). รูปแบบการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดย บุรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(5), 838-850.

10. Faul F, et al. (2007). G* Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, ehavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods, 9(2):175-191.
11. ไพจิตร พุทธรอด. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. วารสารชุมชนวิจัย, 15(1), 70-82.
12. มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล, 68(1), 58-65.
13. ประมวล ตริยกุล. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 28(2), 76-89.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อ ผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy) :กรณีศึกษา

Nursing care of kidney cancer patients who have atherosclerosis and are receiving general
anesthesia for endoscopic kidney surgery. (Laparoscopic radical nephrectomy) :case study

(Received: June 6,2024 ; Revised: June 12,2024 ; Accepted: June 13,2024)

นันทพร พิษพิสุทธิ์¹

Nantaporn peutpisut¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์: เพื่อนำแนวคิดแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน และทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy) วิธีการศึกษา: ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งไตและได้รับการผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง จำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เครื่องมือที่ใช้เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยการศึกษาข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในระยะก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ระยะฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ผลการศึกษา พบว่า ระยะก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายจากการปวดจุกบริเวณชายโครงด้านซ้ายร้าวไปเอวด้านหลัง และวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะคุกคามชีวิต หากมีการบาดเจ็บในช่องท้อง และช่องเยื่อหุ้มปอด ระยะฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึกเสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบาก พร่องออกซิเจน และอาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ในระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยไม่สบายจากการปวดแผล เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้อง และผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งปัญหาและความเสี่ยงทุกอย่างได้รับการดูแลแก้ไข การทำผ่าตัดราบรื่นดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดตรวจหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ รวมเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 9 วัน

คำสำคัญ: มะเร็งไต, ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว, ผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง

Abstract

The case study analysis here aims to applying the concept and healthcare practices based on Gordon's nursing theory and Orem's nursing theory to the nursing care of patient with kidney cancer, who have atherosclerosis aorta and receiving the general anesthesia for the laparoscopic radical nephrectomy. The method is the investigation of a case that admitted to the male surgical ward of Somdetpraputthalerdla hospital and had undergone the laparoscopic radical nephrectomy. The internal patient medical record was used as a tool for investigating general information, nursing diagnosis, nursing outcome. The results were carried out from the datasets that recorded before medication, during medication, recovering medication, and after medication of anesthesia drug.

The results revealed that the patient had discomfort pain in the left side of his ribcage radiating to the back of his waist before receiving the anesthesia, as well as anxiety about the surgery. If there is an injury in the pleural space during anesthesia medication, a patient was at risk to the key complications which is the life-threatening condition. There are also risks during the recovery period, including breathing difficulties, oxygen depletion, and the re-intubation may needed. Post anesthesia, a patient was discomfort able from the wound pain, risk to infection in the abdominal cavity, and he lacks the knowledge in selfcare practices at home. However, these concerns and risks were taken and solved. The surgery went smoothly without any complications; therefore, a patient was gradually

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (วิสัญญีพยาบาล) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

improved and allowed to returning home. He was appointed the 2 weeks later to follow up. In total, he was treated at the hospital for 9 days.

Keywords: Kidney cancer, Atherosclerosis aorta, Laparoscopic radical nephrectomy

บทนำ

“โรคมะเร็ง” เป็นโรคที่มีความร้ายแรงถึงแก่ชีวิต จากการรายงานข้อมูลล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2566 มะเร็งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของคนไทย¹ โรคมะเร็งไต พบเป็นประมาณร้อยละ 3 - 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 1 ในระบบทางเดินปัสสาวะ² ในประเทศไทย พบมากเป็นอันดับที่ 22 ของมะเร็งทั้งหมด โดยพบผู้ป่วยมะเร็งไต 1.6 รายต่อประชากรแสนคน อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งไตมีมากกว่า 430,000 คน ทั่วโลกต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี³ เป็นเนื้องอกร้ายที่เกิดขึ้นบริเวณเยื่อหุ้มของ uriniferous tubule ซึ่งเป็นท่อเล็กๆ มีหน้าที่นำน้ำปัสสาวะไหลลงสู่กรวยไต มักพบเกิดเพียงข้างเดียวของไต โอกาสเกิดในไตซ้ายและในไตขวาใกล้เคียงกัน แต่พบได้ทั้งสองข้างประมาณร้อยละ 2-5 การพยากรณ์โรค ร้อยละ 70-80 มีการแพร่กระจายสูง พบในผู้ชายมากกว่าในผู้หญิง 2 เท่า ในช่วงอายุ 55-60 ปี⁴ โดยสามารถค่อยๆ ลูกกลมเข้าเนื้อเยื่อกับอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง “มะเร็งไต” พบได้ไม่มากเมื่อเทียบกับมะเร็งอื่นๆ แต่ก็มีอันตรายร้ายแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ และพบว่าหลังได้รับการรักษาโดยผ่าตัดไตออกไปแล้วจะมีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 35-40 อัตราการอยู่รอด 10 ปี ร้อยละ 17-30 การวินิจฉัยโรคมะเร็งไตอาจทำได้ยากเมื่อเกิดการลูกกลมของจุดเกิดโรคหลังจากการผ่าตัดมะเร็งไตไปแล้ว 20-30 ปี หรือนานกว่านั้น⁴

การผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง (Laparoscopic surgery)⁵ ในระบบทางเดินปัสสาวะได้มีการพัฒนาเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1991 สามารถทำการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อตัดไตออกได้สำเร็จ แนวโน้มการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถทำการผ่าตัดที่ซับซ้อนผ่านการส่องกล้อง พร้อมผลสำเร็จการผ่าตัดที่สูง การส่องกล้องผ่าตัดจึงเป็นการรักษาทางการแพทย์ที่ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วย ปัจจุบัน

กรมการแพทย์ได้พัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS & MIS) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-ปัจจุบัน เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ประชาชนได้รับการบริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพมาตรฐาน ลดความแออัดในสถานบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่าย Laparoscopic radical nephrectomy เป็นหัตถการที่จัดอยู่ในการผ่าตัดแผลเล็กมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคแผลผ่าตัดเล็ก การทำลายเนื้อเยื่อ และอาการปวดแผลหลังการผ่าตัดน้อย สามารถฟื้นตัวกลับไปทำงาน และใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลน้อยลงเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบปกติ หรือการผ่าตัดแบบเปิดแผล (Open surgery) จึงเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายให้ทั้งผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาลได้

Atherosclerosis aorta หรือ ภาวะโรคหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว เป็นการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นในที่หนาตัวขึ้นเรื่อยๆ โดยมีไขมันหรือแคลเซียมไปสะสมก่อตัวขึ้นจนทำให้หลอดเลือดแดงอักเสบ แข็ง หรือตีบตัน ส่งผลให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงไม่เพียงพอ มีผลกระทบต่ออวัยวะส่วนต่างๆ หากหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง ปริแตกจะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าว จึงจำเป็นต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างระมัดระวัง เพื่อลดภาวะภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตรุนแรงเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัด

จากการศึกษา และรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ได้มีการผ่าตัดผู้ป่วยไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง Laparoscopic nephrectomy ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2566 มีผู้จำนวนป่วย 2, 1, 0, 2 และ 1 ราย รวมได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 6 ราย จากยอดผู้มารับบริการระจิบความรู้สึก 3,574, 3,664, 3,265, 3,721 และ 4,080 รายตามลำดับ⁶ การผ่าตัดไตด้วยการส่องกล้อง

ยังเป็นวิธีการที่ซับซ้อน ใช้เวลาในการผ่าตัดเป็นเวลานานเฉลี่ย 8.27 ชั่วโมง/ราย ศัลยแพทย์ต้องมีความชำนาญในใช้เครื่องมือ และบทบาทวิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะและหลังการผ่าตัด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด^{7,8} ต้องมีความรู้ความชำนาญในการให้ยาระงับความรู้สึก มีทักษะทางคลินิก มีความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่มีความเฉพาะสำหรับการผ่าตัด มีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของสถานการณ์ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการป้องกัน แก่ไขภาวะวิกฤต⁹ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการให้ยาระงับความรู้สึก¹⁰ เพื่อให้การผ่าตัดสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ผู้ศึกษาจึงใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล¹¹ มาเป็นแนวทางปฏิบัติแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy)¹² ในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก ระยะฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก และหลังให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไต และมีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy)
2. เพื่อนำกระบวนการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพ และเผยแพร่ความรู้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง

วิธีดำเนินการศึกษา

กรณีศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเริ่มเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความพร้อมในการดูแลตนเองในขณะเจ็บป่วย การป่วยด้วยโรคมะเร็งมีผลต่ออารมณ์ จิตใจ ทำให้เกิดผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวล ต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพ และแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในระยะก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ระยะฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ประกอบไปด้วยการศึกษาข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว และได้รับการระงับความรู้สึก ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล¹¹

1. เลือกกรณีศึกษาที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้ป่วยมะเร็งไตรายนี้เป็นผู้ป่วยชายที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง

2. รวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไต ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เนื่องจากเป็นผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีโรคร่วม และมีความเสี่ยงสูงเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง นำข้อมูลมาตั้งข้อวินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล

3. ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ตำราที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไต และภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง

4. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตและมารับผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง วิเคราะห์ผลการตรวจและศึกษาแผนการรักษาของแพทย์

5. รวบรวมจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา
ดำเนินการในช่วงเวลา 1 กรกฎาคม 2566 – 31
ธันวาคม 2566

6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
ความถูกต้อง แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการศึกษา:

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี มีประวัติว่า 10
เดือนก่อน เจาะเลือดตรวจสุขภาพพบว่าไขมันใน
เลือดสูง และค่าการทำงานของตับในเลือดมาก
ผิดปกติ มีโรคประจำตัว HT,DLP, และสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
เป็นประจำ ตรวจติดตามแพทย์ส่งตรวจวิเคราะห์ช่อง
ท้องโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) พบว่า

ไตด้านซ้ายมีถุงน้ำขนาด 3.8 cm. และเนื้องอกขนาด
5.2 X 5.7 X 5.3 cm. ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
(CT scan) พบก้อนเนื้องอกที่ไตด้านซ้าย หลอดเลือด
แดง ไหล ใน ช่อง ท้อง แฉียง ตัว โป่ง พอง
(Atherosclerosis aorta) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.1
cm. มีภาวะกระดูกสันหลังเคลื่อน (Anterolisthesis)
ที่ระดับ L5-S1 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งไตชนิด
Renal cell carcinoma จึงนัดผู้ป่วยมาเข้ารับการ
ผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical
nephrectomy)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการ พยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายจากการปวดจุกบริเวณชายโครงด้านซ้ายร้าวไปเอวด้านหลัง ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบ่นปวดจุกแน่นท้องบริเวณชายโครงด้านซ้าย สีหน้าไม่สุขสบาย ประเมิน pain score เท่ากับ 5 คะแนน วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวด อาการปวดจุกแน่นลดลง เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีสีหน้าสุขสบายขึ้น ทุเลาปวดท้อง ประเมิน pain score น้อยกว่า 3 คะแนน สามารถนอนหลับพักผ่อนได้	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) รวมทั้งประเมินสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย 2. ให้ง่ายใจ โดยการสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ในขณะที่อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้เกิดอาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับอาการของโรค และรู้สึกว่ามีผู้เข้าใจความรู้สึกของตน 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งสามารถบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความปวดมากน้อยเพียงใด 4. ดูแลให้คำแนะนำจัดท่านอนศีรษะสูง 30-60 องศา เพื่อช่วยให้อาการปวดท้องลดลง ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง 5. แนะนำเทคนิคการลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การจินตนาการนึกคิดในสิ่งที่พึงพอใจ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้า-ออก ลึกๆ เป็นจังหวะ การทำสมาธิ เพื่อเบี่ยงเบนหรือหันเหความสนใจออกจากความเจ็บปวด 6. เลือกประเด็นการให้ข้อมูล คำแนะนำที่จำเป็น ตรงกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และใช้เวลาเยี่ยมผู้ป่วยประมาณ 10-20 นาที เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 7. ติดตามอาการปวดโดยหากอาการปวดไม่ลดลง หรือรุนแรงมากขึ้นประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ พิจารณาให้ยาระงับปวดที่เหมาะสม ประเมินผลการพยาบาล: ภายหลังผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา อาการปวดลดลง Pain score เท่ากับ 1 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอก กลัวการผ่าตัด การดมยาสลบ และการลูกกลามของโรค วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจในการเข้ารับการผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน ที่หอผู้ป่วยโดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี แนะนำตนเองกับผู้ป่วย และญาติ ว่าเป็นผู้ให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์ ให้ความช่วยเหลือ ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อประเมินอาการ และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วย และญาติคลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดในครั้งนี้ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง นอนหลับพักผ่อนได้	2. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับโรค อธิบายให้ทราบถึงลักษณะการผ่าตัดคร่าว ๆ การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่า ผู้ให้บริการเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญพร้อมจะให้กรดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ในห้องผ่าตัดมีระบบต่างๆ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน ดังนี้ 2.1 การปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัด 2.1.1 ผู้ป่วยต้องเตรียมร่างกายโดยการทำความสะอาด อาบน้ำ สระผม ก่อนวันรับการผ่าตัด และได้รับการโกนขนบริเวณหน้าท้อง เพื่อลดการติดเชื้อขณะผ่าตัด 2.1.2 คืนก่อนผ่าตัดผู้ป่วยต้องงดน้ำ และอาหารทางปากหลัง 24.00 น.หรืออย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการสำลักของเศษอาหารเข้าไปในปอด ขณะให้ยาระงับความรู้สึก 2.1.3 วันผ่าตัดทำความสะอาดร่างกาย ปาก และฟัน ให้เรียบร้อย ถ้ามีฟันปลอมแนะนำให้ถอดก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการหลุดเข้าไปในทางเดินหายใจขณะไม่รู้สึกรู้ตัว 2.1.4 ถอดเข็มมีค่า หรือวัตถุติดตัวที่เป็นโลหะออกก่อนไปห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการสูญเสีย และวัตถุเหล่านี้มีคุณสมบัติเป็นสื่อไฟฟ้า การผ่าตัดต้องใช้เครื่องมือไฟฟ้าในการห้ามเลือดผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายได้ 2.2 การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด 2.2.1 ฝึกการหายใจลึก ๆ โดยการใช้กลัมนื้อหน้าท้อง เพื่อฟื้นฟูการทำงานของปอด และป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด โดยหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกให้เต็มที่ แล้วผ่อนลมหายใจทางปากช้า ๆ 2.2.2 สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะที่อยู่ภายในหลอดลม และปอดโดยหายใจให้เต็มที่ ใช้ผ้าหรือกระดาษทิชชูปิดปาก และไอออกมา ใช้มืออีกข้างประคองแผลผ่าตัด 3. อธิบายผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจต้องคาท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน เพื่อความปลอดภัย ควรให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และไม่พยายามดึงท่อช่วยหายใจ หากมีเสมหะหรือไอติด ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ เมื่อหายใจได้ดี และมีความปลอดภัยจะทำการถอดท่อช่วยหายใจ 4. อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงระเบียบปฏิบัติเมื่อต้องเข้าพักในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยหนักที่มีความพร้อมของพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วย และญาติรับฟังคำอธิบาย สนใจซักถาม ปฏิบัติตามคำแนะนำ ตอบคำถามได้ถูกต้อง รับรู้ข้อมูลการรักษาพยาบาล มีสีหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเตรียมตัวไม่พร้อมสำหรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และเสี่ยงต่อการได้รับการระงับความรู้สึกผิดคน ผิดหัตถการ ผิดตำแหน่ง	กิจกรรมการพยาบาล:
ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไตเตรียมเข้ารับการผ่าตัดไตโดยวิธีการส่องกล้อง และให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุราและไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัด	1. ตรวจสอบความพร้อมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน ที่หอผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของการลงนามยินยอมในการรับบริการทางวิสัญญี และการผ่าตัด 2. ประเมิน และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การให้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับ ความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ประวัติการผ่าตัด และการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ประวัติครอบครัวที่ผ่าตัด ซักถามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบไม่ได้ ไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอด ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ 3. ประเมินสภาพผู้ป่วยแยกประเภทตาม Physical status classes ของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (American Society of Anesthesiologists: ASA) เพื่อทราบความแข็งแรงสมบูรณ์ และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก
วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมในการผ่าตัด ไม่เกิดอุบัติเหตุการผ่าตัดผิดคน ผิดหัตถการ ผิดตำแหน่ง	

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ ได้รับการตรวจสอบ ยืนยันตัวตนถูกต้อง ได้รับผ้าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง ถูกประเภทการผ่าตัด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	4. ประสานงานร่วมวางแผนการระงับความรู้สึกกับวิสัญญีแพทย์ และทีมวิสัญญีพยาบาล แจ้งแพทย์ผ่าตัดเกี่ยวกับความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก ติดต่อแจ้งเตียงหอผู้ป่วยหนัก สำหรับสังเกตอาการหลังผ่าตัด และให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง 5. ตรวจสอบและยืนยันตัวผู้ป่วยโดยการทำ Second verification 5.1 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด กล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน พร้อมตรวจสอบการระบุการยืนยันตัวตนผู้ป่วย (Verify identify) โดยการตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล และ อายุหรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วยโดยดูจากป้ายข้อมือ และให้ผู้ป่วยบอกตัวบ่งชี้ด้วยตนเอง 5.2 ตรวจสอบและยืนยันตำแหน่งของการผ่าตัด โดยให้วิสัญญีพยาบาลตรวจสอบตำแหน่งของการผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยบอกตำแหน่งผ่าตัดด้วยตนเอง และวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลตรวจสอบตำแหน่งที่ทำผ่าตัดที่ตัวผู้ป่วย (mark site) ชนิดการผ่าตัดจากบันทึกการรักษาหรือคำสั่งการรักษาของแพทย์ให้ตรงกัน 5.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสารการเซ็นยินยอมให้ผ่าตัด การรับเลือด 5.4 ตรวจสอบความพร้อมของยา อุปกรณ์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มาถึงผู้ป่วย 5.5 ตรวจสอบการได้รับยา Pre medication ตามแผนการรักษา 6. ร่วมทำ Third verification: Time out กับทีมที่รับผิดชอบการผ่าตัดในการยืนยันความถูกต้องทั้งหมดก่อนการทำผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยมีความพร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึก มีการวางแผนการใช้ยา และเฝ้าระวังระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม ได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการการผ่าตัด
การพยาบาลระยะให้การระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนำสลบและจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ และการนำสลบด้วยยาระงับความรู้สึกมีความเสี่ยงต่อ หัวใจเต้นช้า หรือเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ภาวะหลอดลมตีบ วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับการนำสลบ เกณฑ์การประเมินผล: ในระหว่างการนำสลบ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับออกซิเจนในกระแสเลือดเท่ากับ 95-100 % เสียงปอดปกติ EKG Monitor show normal sinus Rhythm	กิจกรรมการพยาบาล: 1. เตรียมความพร้อมก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ประเมินสภาพแรกรับโดยตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ สกุล การผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำ และอาหาร ให้รับประทานยา Pre medication คือ Blopess 1 tab oral ในเช้าวันผ่าตัด การสำรองเลือด ความพร้อมของทีมผ่าตัด ศัลยแพทย์ อุปกรณ์ต่างๆ พร้อมใช้งาน 2. เตรียมความพร้อมของทีมวิสัญญี ในด้านการนำสลบ ยาระงับความรู้สึก อุปกรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องมือยาสลบ รวมทั้งเตรียมพร้อมในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ 3. ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากาก ก่อนดมยาสลบ 6 LPM อย่างน้อย 5 นาที 4. ให้น้ำนำสลบ และใส่ท่อช่วยหายใจตามแผนการรักษาร่วมกับวิสัญญีแพทย์ 5. หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบตำแหน่ง ความลึก ฟังเสียงปอด เฝ้าระวังควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสม 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพตลอดเวลาของการนำสลบ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ทุก 1-5 นาที ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้การช่วยเหลือ แก้ไขได้ทันเวลาที่ ประเมินผลการพยาบาล: นำสลบได้อย่างราบรื่นปลอดภัยโดยใส่ท่อช่วยหายใจ No. 8.0 ความลึกถึงมุมปาก 22 cm. เป็นตำแหน่งที่เหมาะสม ฟังเสียงลมหายใจที่ปอดเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่ได้รับบาดเจ็บขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพ T=36.4 °C, P= 84/min, RR=16/min, BP130/80 mmHg, O₂ sat 99 %
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า Kidney position ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง จัดท่านอนตะแคง Kidney position ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 6 ชั่วโมง 15 นาที อาจเกิด	กิจกรรมการพยาบาล: 1. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนตะแคงบนเตียงผ่าตัด ดูแลให้กระดูกสันหลังทั้งหมดอยู่ในแนวตรงตลอด จัดหมอนรองบริเวณศีรษะโดยเฉพาะใบหู หน้าผาก และคาง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
แผลกดทับผิวหนังบริเวณที่ถูกกด ตา และการหักพับของข้อต่อช่วยหายใจ วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ Kidney position เกณฑ์การประเมินผล: หลังการผ่าตัดสภาพผิวหนังปกติไม่เกิดแผลหรือรอยแดง และดวงตามีการมองเห็นได้ปกติ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการหักพับของข้อต่อช่วยหายใจ	2. จัดหมอนรองไหล่ และแขนทั้ง 2 ข้างโดยระมัดระวังให้ไหล่ และข้อศอกกางประมาณ 90 องศา และอยู่ในระดับที่ไม่สูงกว่าลำตัว เพราะจะเกิดการดึงรั้ง brachial plexus และดูแลจัดหมอนรองที่ข้อศอกด้านล่าง 3. จัดหมอนรองที่ขาทั้ง 2 ข้าง ให้ขาองเข้าเล็กน้อย มีแผ่นรองใต้เท้า ปลายเท้า และบริเวณสะโพก 4. ตรวจสอบตำแหน่งของข้อต่อช่วยหายใจ ฟังเสียงปอด ประเมิน Airway pressure ตรวจสอบความแน่นหนาพร้อมทั้งติดเทปการบริเวณข้อต่อต่างๆ 5. ป้ายตาผู้ป่วยด้วย eye ointment ปิดตาให้สนิท ระมัดระวังการกดทับบริเวณตาทั้ง 2 ข้าง 6. ในระหว่างการผ่าตัดตรวจสอบหมอนที่รองจุดกดทับต่างๆ เป็นระยะ เพื่อป้องกันการกดทับบริเวณต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาล: ระหว่างการผ่าตัด Airway pressure อยู่ในเกณฑ์ปกติ 18-22 cmH₂O ประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด สภาพผิวหนังปกติ ไม่ปวดกล้ามเนื้อ ไม่เกิดรอยแดงของการกดทับ การมองเห็นปกติ สัญญาณชีพ T=36.4 °C P=84/min RR=16/min, BP130/80 mmHg, O₂ sat 99 %
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลัง และเส้นประสาทไขสันหลัง ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมี Mild degenerative change of spine with anterolisthesis at L5-S1 level การจัดทำในการผ่าตัด Kidney position อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง และเส้นประสาทเพิ่มขึ้น วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการบาดเจ็บของกระดูกไขสันหลัง เส้นประสาทไขสันหลังเพิ่มขึ้น เกณฑ์การประเมินผล: หลังจากการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรือสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกบริเวณลำตัว และขา เมื่อตื่นที่สามารถยกแขน และขาได้ตามปกติ	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ทบทวนปัญหา และประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยร่วมกับทีมผ่าตัด ในขณะที่จัดทำของผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัด 2. ขณะเคลื่อนย้าย พลิกตะแคงตัว หรือจัดทำผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง 3. จัดเตรียมหาอุปกรณ์ที่ใช้รองอวัยวะต่างๆ ไว้ให้เพียงพอ และครบถ้วน 4. สังเกต และประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขา (motor power) การตรวจการรับรู้ความรู้สึกเจ็บ (Sensory system) ก่อนนำสลบ และเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว บันทึกในใบรายงานการผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล: หลังจากการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ระดับการรับรู้ความรู้สึกคงเดิม ไม่มีอาการปวดหลังมากจนผิดปกติไปจากที่เคยปวดอยู่เดิม
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหายใจล้มเหลว และอาจมีภาวะคุกคามชีวิต ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยผ่าตัดโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังหน้าท้อง โดยการเปิดแผลเล็ก ร่วมกับการใช้กล้องในการผ่าตัด ตำแหน่งในการแทง trocar อยู่ใกล้กับตำแหน่งของปอด อาจเกิดการบาดเจ็บในช่องเยื่อหุ้มปอด และการผ่าตัดมีการเพิ่มพื้นที่โดยการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพื่อขยายพื้นที่ช่องท้อง วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บในช่องเยื่อหุ้มปอด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินหายใจ วิสัญญีพยาบาลประเมิน และรายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ เฝ้าระวังสัญญาณชีพ อย่างใกล้ชิด ทุก 5 นาที หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ อย่างใกล้ชิด 2. ประเมินระดับความรู้สึกในการให้ยาระงับความรู้สึกและดูแลให้ยาตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม 3. ประเมินปัจจัยเสี่ยงขณะผ่าตัด เช่น ตำแหน่งที่แทง trocar สูงกว่าระดับช่องซี่โครงที่ 12 การแทง trocar ในจังหวะที่ทรวงอกเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ 4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บในช่องเยื่อหุ้มปอดขณะผ่าตัด ซึ่งประเมินได้จากมี Airway pressure / ET CO₂ สูงขึ้น การเต้นของหัวใจผิดปกติ จังหวะ ชีพจรเร็ว ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดลง ความดันโลหิตต่ำ ประเมินผลการพยาบาล: การผ่าตัดสำเร็จไปได้ด้วยดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดการผ่าตัด ไม่มีการบาดเจ็บของปอดหรือช่องเยื่อหุ้มปอด ไม่เกิดภาวะ subcutaneous emphysema ฟังเสียงปอดปกติ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ โดยให้ออกซิเจนทางหน้ากาก อัตราการหายใจปกติ 18 ครั้งต่อนาที O₂ sat 100 %

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล: ระหว่างการผ่าตัดสัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิด arrhythmia, O₂ sat 95-100 % Airway pressure / ET-CO₂ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อผ่าตัดเสร็จถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองปกติ	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในระดับปานกลาง 34.6 -35 °C ความเสี่ยงของการให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ในกลุ่ม ASA Class 3 การผ่าตัดใช้ระยะเวลานาน 6 ชั่วโมง 15 นาที อุณหภูมิห้องผ่าตัดต่ำกว่า 20 °C วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายปกติไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิร่างกายต่ำ เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับต่ำเล็กน้อยหรือปกติ เท่ากับ 35.5 – 37.4 °C	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น อายุ ภาวะโภชนาการ รูปร่างของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล 2. ติดอุปกรณ์ตรวจวัดอุณหภูมิอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบการแสดงผลบนจอภาพ temperature probe โดยวัดอุณหภูมิที่เป็น core temperature โดยใส่สาย Probe ในตำแหน่ง distal esophagus 3. อบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Bair Hugger) เพื่อให้ร่างกายอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสมระหว่างการผ่าตัด โดยเปิดที่อุณหภูมิ 38-42 °C 4. อุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำด้วยเครื่องอุ่นสารน้ำที่อุณหภูมิประมาณ 43 °C ตลอดการผ่าตัด 5. ใช้ fresh gas flow (FGF) ที่ต่ำประมาณ 1-3 LPM 6. ตรวจสอบตำแหน่งของ temperature probe เป็นระยะให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 7. เปิดฝาร่างกายในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดให้น้อยที่สุด 8. แจ้งให้ศัลยแพทย์ทราบเพื่อขอปรับเพิ่มอุณหภูมิห้องผ่าตัด ควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ในระหว่าง 23.0-25.0 °C 9. เฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยวัดอุณหภูมิร่างกายตลอดเวลาการผ่าตัด ลงบันทึกทุก 15 นาที 10. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ สูญเสียเลือดมากขึ้นขณะผ่าตัด สูญเสียหน้าที่ของเกล็ดเลือด ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซบริเวณปอดลดลง ประเมินผลการพยาบาล: ตลอดการผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับต่ำเล็กน้อยระหว่าง 35.2 – 36.0 °C ไม่มีอาการสั่น (Shivering) ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ EKG monitor show sinus rhythm สลับ bradycardia P=50- 90/min O₂ sat 97-100% สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 550 ml, BP 110/60 – 140/90 mmHg
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock ข้อมูลสนับสนุน: การผ่าตัดไตเป็นการผ่าตัดใหญ่ ไตของผู้ป่วยมีความผิดปกติมีเส้นเลือดมาเลี้ยงมากผิดปกติ ผล CT scan มีเส้นเลือดแดงในช่องท้องแข็งและโป่งพองขนาด 2.1 cm การผ่าตัดมีการสูญเสียเลือด 550 ml. วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อเตรียมความพร้อมและแก้ไขเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypovolemic shock เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพปกติ BP 100/60 mmHg P= 60 – 70/min RR= 16-20/min O₂ sat มากกว่าหรือเท่ากับ 95% ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 0.5 ml/BW 1 Kg/hr. หรือ 30 ml/hr.	กิจกรรมการพยาบาล: 1. เปิดเส้นเลือดดำให้ 5 % D/N/2 1000 ml IV 80 ml / hr. ด้วย IV Catheter เบอร์ 20 ที่แขนซ้ายเพื่อสะดวกในการให้ยา และเตรียมอุปกรณ์เปิดเส้นเลือดดำเพิ่มอีก 1 เส้น ด้วย IV Catheter เบอร์ใหญ่ เพื่อเตรียมไว้สำหรับการทดแทนสารน้ำหรือส่วนประกอบของเลือด 2. เตรียมเลือด (PRC 3 Unit, FFP 500 mL.) ให้พร้อมใช้ โดยประสานกับธนาคารเลือด 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4. สังเกต และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง 5. ประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียในระหว่างการผ่าตัด 6. ดูแลให้สารน้ำ crystalloid และส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin, Hematocrit, Coagulation ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัด 550 ml ได้รับสารน้ำทดแทน crystalloid 2,600 ml ปัสสาวะออก 290 ml (40 ml/hr.) ขณะผ่าตัดไม่ได้รับทดแทนโดยการให้เลือด BP=90/60-120/70 mmHg, P=48-60 /min. O₂ sat 98-100% แต่พบว่าหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วย, HCT ลดลงเหลือ 29 % จึงได้รับ PRC วันละ 1 unit (วันที่ 24 และวันที่ 26 มกราคม 2566) รวมเป็น 2 Unit, HCT เพิ่มขึ้นเป็น 39 %

ตารางที่ 1 ข้อวินิจัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจัยทางการพยาบาลที่ 10 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง ข้อมูลสนับสนุน: การทำ Laparoscope radical nephrectomy ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จะถูก insufflated ผ่าน needle ในอัตรา 6 L/min ด้วยความดันสูงสุดไม่เกิน 12-15 mmHg ทำให้สามารถมองเห็นอวัยวะในช่องท้องได้ชัดเจนตลอดการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงเกินค่าปกติได้ วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: เพื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง ค่า ETCO₂ ในลมหายใจออกปกติ 30-35 mmHg	กิจกรรมการพยาบาล: - บันทึกความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และค่า ETCO₂ ทุก 5 นาที - เฝ้าระวังการเกิดภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง โดยหมั่นคลำผิวหนังบริเวณหน้าอก ลำตัวว่ามีเสียงกรอบแกรบ (Subcutaneous emphysema) ถ้าพบรายงานแพทย์ทราบทันที - ขณะผ่าตัดตรวจดูความดันในช่องท้อง (Intra-abdominal pressure) ให้อยู่ระหว่าง 8-12 mmHg - ปรับเครื่องช่วยหายใจให้ค่า ETCO₂ ในลมหายใจออก อยู่ในช่วง 30-35 mmHg ความดันของก๊าซในช่องท้องอยู่ช่วง 15-20 cmH₂O - ดูแลผู้ป่วยสัญญาณชีพ และจับบันทึกทุก 5 นาที เมื่อความดันโลหิตมีความเปลี่ยนแปลงจากเกณฑ์รายงานวิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัดทราบทันทีเพื่อทำการแก้ไข ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วย ETCO₂ ในลมหายใจออก 33-35 mmHg BP= 150/90 mmHg จึงต้องปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจเพื่อรักษาระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงให้อยู่ในค่าปกติ ให้อาแก้ปวด และเปิดยาตามสลับเพิ่ม เพื่อช่วยลดความดันโลหิต ไม่เกิดภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง สัญญาณชีพปกติ P=48-60/min BP=90/60-120/70 mmHg, O₂ sat 98-100% ความดันของแก๊ส ในช่องท้องอยู่ที่ 12-18 cmH₂O
การพยาบาลระยะฟื้นฟูจากการให้ยาระงับความรู้สึก ข้อวินิจัยทางการพยาบาลที่ 11 เสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบาก พร่องออกซิเจน และอาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกนาน 6 ชั่วโมง 15 นาที ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ (nimbox 30 mg) มีประวัติ สูบบุหรี่ มีเสมหะในลำคอ และภาวะไนโตรสออกไซด์ออกจากร่างกายยังไม่หมดอาจทำให้ออกซิเจนในปอดเจือจาง อาจเกิดภาวะ diffusion hypoxia หลังเสร็จผ่าตัด วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้เองตามปกติหลังถอดท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เพียงพอ ก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดปกติ ทั้ง 2 ข้าง ทำตามคำสั่งได้ การเคลื่อนไหวของทรวงอก และช่องท้องสัมพันธ์กันขณะหายใจ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ไม่มีภาวะ Cyanosis หรือหายใจลำบาก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ O₂ sat 95 – 100 %	กิจกรรมการพยาบาล: - จัดทำผู้ป่วยนอนหงาย ประเมินความสามารถในการหายใจ โดยพิจารณาจากเวลาการหายใจย้อนกลัมน้ำเนื้อครั้งสุดท้าย สัญญาณชีพระหว่างการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด ประเมินระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการถอดท่อช่วยหายใจ และอุปกรณ์ต่างๆ - ให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (Anticholinesterase) ร่วมกับยาในกลุ่ม Anticholinergic Drug เพื่อป้องกันอาการอันไม่พึงประสงค์ของยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ สังเกตค่า O₂ sat ไม่ลดต่ำลง สัมผัสบริเวณริมฝีปาก ลิ้น ปลายมือปลายเท้าไม่มีภาวะ Cyanosis สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ - ดูดเสมหะ น้ำลายในปาก และคอให้หมด ด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกัน laryngospasm เมื่อผู้ป่วยตื่นตัว รู้สึกตัวฟื้นจากยาระงับความรู้สึก สามารถทำตามคำสั่งได้หายใจได้เองอย่างเพียงพอ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเมื่อแน่ใจว่าแก้ฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อเพียงพอแล้ว คือ ผู้ป่วยหายใจได้ เรียกรู้สึกตัว ทำตามสั่งได้ มี Reflex ต่าง ๆ กลับมา สัมผัสได้ ไอค่อนน้ำลาย แลบลิ้น เกร็งคอ กำมือแน่น หรือยกศีรษะได้ นานกว่า 5 วินาที จึงถอดท่อช่วยหายใจ และให้ผู้ป่วยได้สูดดมออกซิเจนทางหน้ากากหลังปิด ไนโตรสออกไซด์แล้วอย่างน้อย 5 นาที เพื่อป้องกัน และแก้ไขการเกิด diffusion hypoxia - ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ โดยเฉพาะอัตราการหายใจ รูปแบบการหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ถ้าผู้ป่วยหายใจเองได้ไม่ดี ใช้อุปกรณ์อื่นช่วยหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก และช่องท้องไม่สัมพันธ์กันเสี่ยงหายใจผิดปกติ รีบแก้ไขโดยจับให้ผู้ป่วยแยกคอ ยกคางขึ้น หรือดันไปข้างหน้า เพื่อไม่ให้ลิ้นตก หายใจได้สะดวกขึ้น - จัดทำนอนศีรษะสูง ให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM สังเกตลักษณะการหายใจ เฝ้าระวังสัญญาณชีพหลังถอดท่อช่วยหายใจ จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมในกรณีที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ - เมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นใช้เกณฑ์การประเมินสภาวะความรู้สึกตัว และการกลับคืนสภาพจากการระงับความรู้สึก (Post anesthetic recovery score)

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ประเมินความสามารถในการหายใจของผู้ป่วย ถอดออกซิเจนออกเมื่อครบเวลา 30 นาที สังเกตลักษณะการหายใจ ถ้า O_2 sat ต่ำกว่า 95% เตรียมใส่ออกซิเจน หรือเตรียมพร้อมกรณีที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ประเมินผลการพยาบาล: ถอดท่อช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอ ทรวงอก และช่องท้องเคลื่อนไหวสัมพันธ์กันดี ลักษณะการหายใจปกติ RR=18/min, BP=140/80 mmHg, P=90/min ภายหลังให้ออกซิเจนทางหน้ากากประมาณ 5 นาที RR=18/min, BP=110/80 mmHg, P=70/min เมื่อให้ออกซิเจนจนครบเวลา 30 นาที สามารถเปลี่ยนเป็นออกซิเจนสายยางทางจมูก 3 LPM กลับห่อผู้ป่วย O_2 sat อยู่ในช่วง 99-100 %
การพยาบาลผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผล ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Laparoscopic radical nephrectomy และมีแผล 4 แห่ง ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผล มีสีหน้าแสดงความเจ็บปวด ประเมิน pain score 6 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดแผล pain score ลดลงน้อยกว่า 3 คะแนน เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลงหรือไม่ปวด สามารถนอนพักผ่อนได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถมี Early ambulation ได้ใน 24 ชั่วโมงแรก	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด (pain score) โดยสังเกตสีหน้า อาการของผู้ป่วย หรือคำบอกเล่าถึงความเจ็บปวด เพื่อพิจารณาให้การพยาบาลที่เหมาะสม หรือให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาแพทย์ 2. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเปลี่ยนเตียงด้วยความระมัดระวังไม่ให้อบริเวณที่ทำผ่าตัดได้รับการกระทบกระเทือน 3. จัดท่านอนท่า Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง และบริเวณใกล้เคียงมีการหย่อนตัว หรือท่านอนกึ่งตะแคง เพื่อลดแรงดึงของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะบรรเทาอาการปวดแผลได้ 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บตึงแผล ช่วยประคองผู้ป่วยเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ 5. เบี่ยงเบนความสนใจในเรื่องการเจ็บปวดแผลผ่าตัด โดยพูดคุย ชักถามปัญหา และรับฟังผู้ป่วย 6. ให้ยาแก้ปวด Morphine 4 mg. IV ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตการหายใจหลังได้รับยา และในขณะที่ผู้ป่วยพักผ่อน ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นการรบกวนผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยมี pain score 2 คะแนน สามารถ Ambulation ใน 24-48 ชั่วโมงได้ ลูกนั่งบนเตียงเป็นพักๆ ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง เช่น การเช็ดตัว แปรงฟัน และนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้อง ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดไตข้างซ้าย มีสาย RVD แผลรู Drain มี Discharge เป็น Serum ปนเลือดซึม มีอาการหนาวสั่น ตัวร้อน วัดอุณหภูมิร่างกาย $T=38^\circ C$ วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในช่องท้อง เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง ไม่มีหนาวสั่น ไม่มีอาการปวดท้อง $T=36.5-37.4^\circ C$ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP=90/60-130-80 mmHg, P=60-100/ min, RR=16-20/min	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินสัญญาณชีพ และบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติ รีบรายงานแพทย์ 2. ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผล ผ่าตัดมาก แผลรู Drain มีหนอง มี discharge ซึม 3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตลักษณะผิดปกติของแผลผ่าตัด อาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลรู Drain เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในช่องท้อง 4. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น 5. ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัด ปวดท้องแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที 6. แนะนำให้ดูแลแผลผ่าตัด ดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ ไม่ใช้มือจับ ห้ามเปิด แกะเกาแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสดูดเชื้อ อักเสบมากขึ้นหรือหายช้าได้ สังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 g. IV วันละครั้ง เป็นเวลา 7 วันตามแผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล: จากการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยมีไข้ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ได้รับยาลดไข้ ยาปฏิชีวนะ วันที่ 4 เริ่มไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย T = 36.9-37.1 °C รอบแผลรู Drain ไม่บวมแดง หรือมีสารคัดหลั่งซึม แพทย์ให้ถอดสาย RVD วันที่ 9 หลังผ่าตัด และอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้
ข้อวินิจัยทางการพยาบาลที่ 14 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน สอบถามพยาบาลว่าอีกนานไหมกว่าแผลในท้องจะหาย และสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การรับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายโดยการเดิน หรือการบริหารแขน ขา ห้ามยกของหนักหลังผ่าตัดก่อนเวลา 3 เดือน การมาพบแพทย์ตามนัด สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แผลบวมแดงเป็นหนอง และมีอาการปวดท้องมากขึ้น ถ้ามีอาการเหล่านี้ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด 2. ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลลดน้อยลง เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาแพทย์วินิจัยเป็นโรคมะเร็งไตชนิด Renal cell carcinoma มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่และดื่มเหล้าเป็นประจำ มีปัญหาหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องแข็งโป่งพอง (Atherosclerosis aorta) มีภาวะกระดูกสันหลังเคลื่อน (Anterolisthesis) ที่ระดับ L5-S1 แพทย์วางแผนผ่าตัด Laparoscopic radical nephrectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน และใช้เวลานาน มีความเสี่ยงสูงในการให้ยาระงับความรู้สึกทุกระยะของการผ่าตัด วิสัยทัศน์พยาบาลจึงต้องเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ^{7,8} ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึก อุปกรณ์ในการเฝ้าระวังติดตามภาวะผิดปกติของการทำงานระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะต่างๆ และเส้นเลือดในช่องท้อง จากการใส่อุปกรณ์ผ่าตัด การใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพื่อขยายพื้นที่ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะวิกฤต⁹ ระหว่างการผ่าตัดรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ตลอดเวลา

หากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม ดูแลป้องกัน และแก้ไขที่ดี ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการจัดทำ Kidney position ขณะทำผ่าตัด เพื่อความสะดวกในการทำผ่าตัดของแพทย์ สิ่งที่ต้องระวังคือเรื่องการกดทับของท่อช่วยหายใจ และการกดทับของเส้นประสาทบริเวณแขน ขา ตาและลำตัว อุปกรณ์ในการจัดทำ และการตรวจสอบบริเวณที่กดทับสามารถช่วยลดการบาดเจ็บต่ออวัยวะต่างๆ ที่เกิดการกดทับได้ ขณะทำผ่าตัดการเฝ้าระวังติดตามอุณหภูมิกายผู้ป่วยเป็นระยะ พบผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายต่ำลง โอกาสที่จะเกิดภาวะนี้เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน ห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิที่เย็น และผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก แม้จะได้รับการทำให้ร่างกายอบอุ่นด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Forced-air warming) ก่อนสารน้ำก่อนการให้ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำแล้วก็ตาม ต้องดูแลปรับเพิ่มอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ในช่วง 23-25 °C การเฝ้าระวังติดตามอุณหภูมิกายอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลาผ่าตัด เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยมีประวัติการสูบบุหรี่ปริมาณมากเป็นระยะเวลานาน จึงมีความเสี่ยงเกิดภาวะหลอดลมหดเกร็ง การหลังเสมหะออกมาก ได้ทุกระยะของการระงับความรู้สึก

แม้ผู้ป่วยจะฟื้นจากยาสลบสามารถหายใจได้ดีเพียงพอแล้วก็ตาม จึงควรมีการบริหารยาสลบ ประเมินการถอดท่อช่วยหายใจอย่างระมัดระวัง ติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วยตลอดเวลาจนถึงระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอาการผิดปกติทางระบบหายใจ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเฉียบพลัน วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย มีความรู้ความชำนาญในการให้ยาระงับความรู้สึก และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการให้ยาระงับความรู้สึก¹⁰ ดังนั้นจึงต้อง ศึกษาพัฒนาองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ เพิ่มศักยภาพ พัฒนาคุณภาพการให้บริการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการบริการ ตามมาตรฐาน และได้รับประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะ:

1. ควรจัดอบรม อบรมเพื่อพัฒนาความรู้เรื่อง อุปกรณ์ เครื่องมือ ตามวิวัฒนาการของการผ่าตัด เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการระงับความรู้สึก เพิ่ม ความมั่นใจ ให้บริการราบรื่นมีประสิทธิภาพ

2. มีการประยุกต์ หรือ บูรณาการกับการดูแล กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะพยาธิสภาพใกล้เคียงกัน หัตถการใช้

กล้องในการผ่าตัดในช่องท้องที่คล้ายคลึงกัน เช่น Laparoscopic adrenalectomy, Laparoscopic colectomy เพื่อเป็นการยกระดับการพัฒนาคุณภาพ การบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความ ซับซ้อนต่อไป

3. ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง การหลังจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับโรค การจัดการปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม และให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาที่ ถูกต้อง จะสามารถสร้างความมั่นใจ และส่งผลให้เกิด ความร่วมมือในการดูแลรักษาของผู้ป่วยและญาติ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคมะเร็งในประเทศไทย. 2566 (ออนไลน์); (สืบค้น 1 ธันวาคม 2566) จาก <https://www.bio-active.co.th/2023/10/27/ สถานการณ์ปัจจุบันของโรค>
2. พิษณุ มหาวงค์ และสุริธร์ สุนทรพันธ์: โรคที่พบบ่อยทางศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ. เชียงใหม่ หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2558.
3. Capitanio U, Bensaiiah K, Bex A, Boorjian SA, Bray F, Coleman J, et al. Epidemiology of renal cell carcinoma. Eur Urol (2019) 75(1): 74-84. Doi: 10. 1016/j. 2018.08.036.
4. วิโรจน์ เกลียวปัญญาวงศ์, วรพัฒน์ อัดเวทยานนท์ และ ชูศักดิ์ บริพัฒน์: การรักษาก้อนขนาดเล็กที่ไต. สงขลานครินทร์เวชสาร, 2559; 34(3): 141-151.
5. ชันต์ชนก วนสุวรรณ ใน วิรัตน์ วศินวงศ์ และคณะบรรณาธิการ: การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผ่าตัดส่องกล้อง. พิมพ์ครั้งที่ 2. ตำราวิสัญญีคลินิก. หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2555; หน้า 309-319.
6. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พ.ศ. 2562-2566. สืบค้นเมื่อ 6 ธันวาคม 2566 จาก <http://203.157.95.66/data sys/report/tncd/menu.php?prepage=menu.php>
7. น้าทิพย์ ไตรยสุนันท์: การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative operation and Preparation). คณะแพทย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556 จาก <https://shorturl.asia/ym/eF>.
8. ปฐมภ์ สิละเมียร ใน วรภา สุวรรณจินดา, อังกาบ ปรการรัตน์: การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 3. ตำราวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร, 2558; หน้า 148-156
9. ปกร เหล่าสุวรรณ, สุรัญญา เลิศศิริโสภณ, อธิภูฐาน เอียสกุล. ภาวะวิกฤตทางวิสัญญีวิทยา Anesthetic crisis: ภาควิชาวิสัญญี วิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ, 2563.

10. บุศรา ศิริวันสาธน์. พิชยา ไวทยะวิญญ และปฏิกาน ตุ่มทอง: Anesthesia and Perioperative care. พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด, 2560; หน้า 374-386.
11. พรศิริ พันธสี: กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ทางคลินิก (NURSING PROCESS & FUNCTIONAL HEALTH PATTERN) . พิมพ์ครั้งที่ 25. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2564.
12. กิตติณัฐ กิจวิทย์: ตำราการผ่าตัดผ่านกล้อง และโดยใช้หุ่นยนต์. โครงการตำรารามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ, 2561

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with Hemorrhagic Stroke in the critical stage Kalasin Hospital : 2 Case Studies

(Received: June 8,2024 ; Revised: June 23,2024 ; Accepted: June 24,2024)

วารุณี เข้มลา¹

Varunee Khemla¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษา 2 รายและเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 40 ปี การวินิจฉัย Basal ganglion Hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ ซึมลง แขนและขาด้านขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ขาดการเข้าตรวจตามนัด ระดับความรู้สึกตัวแรกรับ Glasgow comascore(GCS) E3VTM5 Motor power left grade V right grade 0 รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot และควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง พบปัญหาขณะดูแล ได้แก่ ภาวะ Acute respiratory failure, Hypertension, Hypokalemia ปัญหาการเคลื่อนไหวบกพร่อง หลังรับการรักษาผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 44 ปี การวินิจฉัย Intracerebral hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ แขน ขา อ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ซึมลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow comascore (GCS) E2VTM5 Motor power left grade III right grade V รับการรักษาด้วยการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และวางแผนผ่าตัดสมอง ญาติปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองไม่กตณหวัดใจ เลือกการรับการรักษาแบบประคับประคองต้องการให้ผู้ป่วยตายดี ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและมีภาวะสมองตาย แพทย์ได้แจ้งอาการให้ญาติผู้ป่วยรับทราบอาการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษา และให้ข้อมูลการบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายให้ญาติรับทราบ ญาติตัดสินใจบริจาคอวัยวะทุกส่วนที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ให้กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในวาระสุดท้ายของชีวิต

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองแตก, ระยะวิกฤต, การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

Abstract

This study was case study. The objective is to study and compare nursing diagnoses. Nursing and nursing outcomes in patients with hemorrhagic stroke. Two case studies and to develop nursing guidelines for patients with hemorrhagic stroke Kalasin Hospital.

Results: Case study number 1, Thai woman, age 40 years, diagnosed with Basal ganglion hemorrhage, admitted for treatment with symptoms of lethargy, weakness in the right arm and leg. Had it 4 hours before coming to the hospital, history of co-morbidities high blood pressure Not taking medicine continuously, stopping medicine on your own, missing regular check-ups The first feeling level received Glasgow. comascore(GCS) E3VTM5 Motor power left grade V right grade 0 treated with brain surgery Craniectomy with remove clot and control high blood pressure. Problems encountered during care include Acute respiratory failure, Hypertension, Hypokalemia, and impaired movement problems. After

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

receiving treatment, the patient is safe from complications of the disease. The patient's condition gradually improved. Sold by a licensed doctor.

Case study number 2, Thai man, 44 years old, diagnosed with Intracerebral hemorrhage, admitted for treatment with symptoms of arm and leg weakness on the left side, distorted mouth, slurred speech, lethargy, symptoms of this occurring 2 hours before coming to the hospital, denying any underlying disease. Have a history of smoking and drinking alcohol Level of consciousness Glasgow comascore (GCS) E2VTM5 Motor power left grade III right grade V Received treatment to control high blood pressure and planned brain surgery. Relatives refused treatment with brain surgery and heart massage. Selecting palliative treatment requires the patient to die well. The patient deteriorated and became brain dead. The doctor informed the patient's relatives of the change in symptoms and the treatment plan and provided information about organ donation in patients with brain death to the relatives. Relatives decided to donate every part of their organs that could be used to the Thai Red Cross Organ Donation Center in his last days of life.

Keywords: hemorrhagic stroke, critical period, nursing care for hemorrhagic stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เป็นภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดในสมองทำให้มีเลือดในสมอง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความรุนแรงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูง จากข้อมูล World Stroke Organization ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกรายใหม่ 3.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตก 3 ล้านกว่าคนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกในปี พ.ศ. 2563-2565 พบ 87 .63, 92.06 และ 88.38 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 26.65 27.43 และ 27.58 ตามลำดับ² พบผู้ป่วยมีแนวโน้มของผู้รับบริการและอัตราการตายสูงขึ้น ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีทั้งรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รับการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัด เน้นการรักษาด้วยการให้สารน้ำยาและเกลือแร่ การรักษาด้วยยาและการผ่าตัดขึ้นอยู่กับปริมาณและตำแหน่งเลือดที่ออกในสมองซึ่งการดูแลระยะหลังผ่าตัดเน้นที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเลือดออกซ้ำความดันในกะโหลกศีรษะสูง ชักเกร็ง โรค

หลอดเลือดสมองแตก พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 และพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 25-52 โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตตั้งแต่ 2 วันแรก³ อาการนำของการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง คือ อาการปวดศีรษะแบบทันทีทันใดในกลุ่มที่มีเลือดออกในสมองน้อยและเลือดออกบริเวณกึ่งสมอง นอกจากนี้ ยังมีอาการชัก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ร่วมกับอาการทางระบบประสาท ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและ/หรือร่างกายครึ่งซีก ความรู้สึกตัวลดลง อาการชักและอาการเฉพาะของตำแหน่งต่าง ๆ ที่เลือดออก เช่น อาการมือสั่น สูญเสียการทรงตัว และการประสานงานกันของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ปัจจัยที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองแตกประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงตามธรรมชาติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชายและพันธุกรรม รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาละลายลิ่มเลือดและตำแหน่งของรอยโรค⁴ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาสิ่งที่กดเบียดสมองออก การผ่าตัดเพื่อเปิดกะโหลกศีรษะ (craniotomy) หรือการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังกรณีมีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง ตลอดจนแนวทางการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ในผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงของโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา⁵ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจึงมุ่งเน้นการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันหรือควบคุมภาวะควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะสูงพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาเป็นผู้ที่รับทราบปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินทางห้องปฏิบัติการ การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับหัตถการการรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับ การดูแลด้านกิจกรรม ความสามารถในการเคลื่อนไหว อาหารที่ผู้ป่วยได้รับ การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง หรือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย⁶

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 540 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายในจังหวัด รับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายและนอกเขตสุขภาพ โดยเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายช่องทางด่วน (Stroke fast track) ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการเรื่องบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในปี 2562-2564 จำนวน 260, 272 และ 314 รายตามลำดับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 36, 37 และ 52 ราย พบอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 13.89, 37.84 และ 9.62⁷ จากข้อมูลเบื้องต้นจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและมีอัตราการตายสูง ในภาวะวิกฤตอาจพบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ การมีภาวะความดันโลหิตสูง ความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือปัญหาการหายใจตลอดจนมีภาวะสมองบวมหรือภาวะสมองเคลื่อน

ความพิการหลงเหลือตามมา การพยาบาลในภาวะวิกฤตมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและให้ผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ต้องใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งสามารถประเมินอาการการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 – มกราคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียนจากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็มเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา

ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 40 ปี การวินิจฉัย Basal ganglion Hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ ชี้นมลง แขนและขาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ขาดการติดตามการรักษา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow comascore (GCS) E3VTM5 Motor power left grade V right grade 0 มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot และควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง พบปัญหาขณะดูแลรักษา ได้แก่ ภาวะ Acute respiratory failure, Hypertension,

Hypokalemia ปัญหาการเคลื่อนไหวบกพร่อง หลังรับการรักษาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 44 ปี การวินิจฉัย Intracerebral hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ แขน ขา อ่อนแรง ชี้นมลง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ชี้นมลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow comascore (GCS) E2VTM5 Motor power left grade III right grade V มีแผนการรักษาด้วยการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง อาการทรุดลงขณะดูแล ญาติปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองไม่กตหนดหัวใจ เลือกการรับการรักษาแบบประคับประคอง ต้องการให้ผู้ป่วยตายดี ผู้ป่วยมีภาวะผู้ป่วยมีภาวะสมองตายแพทย์แจ้งอาการให้ญาติผู้ป่วยรับทราบอาการเปลี่ยนแปลงและให้ข้อมูลการบริจาคอวัยวะให้ญาติรับทราบ ญาติตัดสินใจบริจาคอวัยวะให้กับสมาชิกชาติไทย

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก มีปัญหาแบบแผน กิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรมมี แขนและขาอ่อนแรง และ ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวเสียชีวิตและมีความพิการ	ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แพทย์แจ้งเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะสมองตาย ญาติมีความเครียดเกี่ยวกับการดำเนินของโรค รับรู้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากโรครุนแรงหากไม่รักษาด้วยการผ่าตัดและหากผ่าตัดรับรู้ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจึงเลือกการรับการรักษาแบบประคับประคอง	แบบแผนสุขภาพกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 รับทราบการเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกปัญหาแบบแผน กิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยไม่สามารถในการทำกิจกรรมมีแขนและขาอ่อนแรง และ ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวเสียชีวิตและมีความพิการ กรณีศึกษารายที่ 2 ญาติรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีภาวะสมองตาย ญาติมีความเครียดเกี่ยวกับการดำเนินของโรค รับรู้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากโรครุนแรงหากไม่รักษาด้วยการผ่าตัดและหากผ่าตัดรับรู้ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจึงเลือกการรับการรักษาแบบประคับประคอง

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
2.พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง	<u>การวินิจฉัย</u> Basal ganglion Hemorrhage	<u>การวินิจฉัย</u> Intracerebral Hemorrhagic	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรค หลอดเลือดสมองแตก <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> Basal ganglion Hemorrhage <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> Intracerebral Hemorrhagic
แผนการรักษา	<u>อาการและอาการแสดง</u> ผู้ป่วย GCS E3VTM5 pupil 3min. react to light both eyes Motor power left grade V right grade 0 สัญญาณชีพ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 183 /87 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	<u>อาการและอาการแสดง</u> ผู้ป่วย GCS E2VTM5 pupil 2 mms. react to light both eyes Motor power left grade III right grade V สัญญาณชีพ 37.0 องศา เซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 237/157 มิลลิเมตร ปรอท Oxygen saturation = 99%	จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เข้ามารับการ รักษามีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน เกิด จากตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพมีตำแหน่ง ทำให้ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมีอาการ แตกต่าง กัน และมีพยาธิสภาพคนละตำแหน่งจึงมีผลต่อการ เกิดพยาธิสภาพและอาการอ่อนแรงของแขนและ ขาที่มีความแตกต่าง และตำแหน่งของก้อนเลือดและ ขนาดของก้อนเลือดที่ขนาดของก้อนเลือดที่ออกใน สมองจึงทำให้ความรุนแรงของโรคมีความต่างทั้ง ระดับความรู้สึกตัว กำลังแขนและขา <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> มาด้วยอาการซีมลง แขนและขา ด้านขวาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง และตรวจร่างกายมีความดันโลหิต 183 /87 มิลลิเมตรปรอท <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> มาด้วยอาการแขน ขา อ่อนแรง ซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ซีมลง เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 2 ชั่วโมง และตรวจร่างกายมีความดัน โลหิต 237/157 มิลลิเมตรปรอท
การตรวจ พิเศษ	CT Scan 5/11/65 ผล Acute intraparenchymal hemorrhage epicenter at left lentiform nucleus, about 33 ml in volume Hypertensive in etiology should be considered. วันที่ 5 พฤศจิกายน 2565 -CXR ผล Normal -EKG ผล Normal sinus rhythm -CT Scan 9/11/65 ผล No prior study for conpairison Craniectomy site	CT Scan ผล Acute intraparenchymal hemorrhage involving right cerebral hemisphere and right basal ganglia with perilesional edema. Acute IVH Note pressure effect seen as a 1.1cm leftward mildline shift and subfalcine herniation. วันที่ 31 ธันวาคม 2565 -CXR ผล Normal -EKG ผล Normal sinus rhythm	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการตรวจพิเศษคือการ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพื่อดูตำแหน่งของ เลือดออกและขนาดของก้อนเลือดที่กดเบียดสมอง จากผลการตรวจพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการแตกของ ของเลือดสมองที่ตำแหน่งต่างกัน <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> ผลการตรวจผลพบ Acute intraparenchymal hemorrhage epicenter at left lentiform nucleus, about 33 ml in volume Hypertensive in etiology should be considered. <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ผลการตรวจผลพบ Acute IVH Note pressure effect seen as a 1.1cm leftward mildline shift and subfalcine herniation.

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็น	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
	at left fronto-parietal region intraparenchymal hemorrhage at left basal ganglia size about 1.4x1.4x1.3cms. and left parietal lobe size about 1.3x0.7 with brain edema		
3.แผนการรักษา	<u>การชันสูตร</u> CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, PTT, INR, FBS, Lipid profile, HBA1C <u>สารน้ำที่ได้รับ</u> 0.9%NSS 1000 ml IV <u>Medication</u> -Nicardipine 1mg IV push if SBP >180 mmHg -Nicardipine 20mg + NSS 100ml IV drip 10ml/hr.titrate 5 ml q 15min until target SBP130-150pmmHg -Cefazolin 1gm เตรียมไปOR - Cefazolin 1gm IV q 6hrs. -Omeprazole 40 mg OD -Dilantin 100mg IV q8hrs. -Transmine 500mg IV q 6 hrs. x3 day. -Vitamin K 10mg IV OD. x3 day. -Dexamethasone 4mg IV q 6 hrs. -Onsia 4mg IV q 8 hrs. -Morphine 3mg IV Prn. q 4-6 hrs. -Plasil 10 mg IV Pra q 4-6 hrs. -B:D (1:1) 200ml x 4 feed. - Ventilator support mode PAC	<u>การชันสูตร</u> CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, PTT, INR, FBS, Lipid profile, HBA1C, HBsAg, HBsAb, Anti HCV, HIV, Shipilis, Blood group, PCR for covid 19, UPCR. <u>สารน้ำที่ได้รับ</u> -0.9%NSS 1000 ml IV -0.9%NSS 1000 ml + KCL 40 mEq IV 80 ml/hr. <u>Medication</u> -Nicardipine 20mg + NSS 100ml IV drip 10ml/hr.titrate 5 ml q 15min until target SBP130-150pmmHg -Omeprazole 40 mg OD -Transmine 500mg IV q 6 hrs. -Ceftriaxone 2gm IV OD.(2/1/66) -Fentanyl 50 mcq IV stat. -Fentanyl 500 mq + NSS 100 ml IV 10 ml/hr.(off 2/1/66) -Levophed(8:250) IV 30 ml/hr. titrate Kepp BP > 100/60 mmHg. -Tripple lumen was done inside Right Subcavian vein. Deep 15 cms. -Biopsy lymnode	<u>แผนการรักษา</u> กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการตรวจชันสูตรผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความผิดปกติของเลือด และได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำคือ 0.9%NSS เป็นสารน้ำชนิด Isotonic sulusion และได้รับการรักษาด้วยการให้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงคือยา Nicardipine IV drip และ maintance การหายใจของผู้ป่วยโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิด Volume control mode PAC และรับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต คือ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต ทั้ง 2 ราย <u>ความต่างของกรณีศึกษา</u> <u>กรณีศึกษา รายที่ 1</u> ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมองและมีปริมาณเลือดขนาด 33 ml แพทย์จึงรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot วันที่ 5 /11/65และได้รับการรักษาด้วยการควบคุมความดันโลหิตด้วยการให้ยา Nicardipine และรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ ยาป้องกันอาการชักเกร็ง ยาป้องกันเลือดออกในสมอง การป้องกันภาวะสมองบวม และป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนเพื่อป้องกันภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง และได้รับยาควบคุมความปวดเป็นกลุ่มยา Stomg opioid และได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจและสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการวางแผนเรื่องการได้รับอาหารเพื่อป้องกันภาวะพร่องสารอาหาร และมีการส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อวางแผนการ

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	5/6/65 -T-piece 10 lit/min 6/11/65 - cannula 5 lit/min 7/11/65 Home Med. -Simvas(20mg) 1 tab hs. -Enalapril(5mg) 1 tab OD. -Brufen (400mg) 1 tab tid. pc.	- Declair Brain death. 2/6/66 - Minirin 1mcg IV stat x 2dose -Set OR for Organ percurment	ออกกําลังกายป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และได้รับการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ เพื่อดูความผิดปกติภาวะเลือดออกในสมอง หลังการผ่าตัดในวันที่9/11/65 ผลการตรวจไม่พบว่ามีเลือดออกเพิ่ม และผู้ป่วยจำหน่ายโดยอาการดีขึ้น และนัดพบแพทย์ 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามการรักษา
	การผ่าตัด Craniectomy with remove clot 5 /11/65	การผ่าตัด Set OR for Organ percurment 2/1/66	กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง เลือกรับการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัดสมองรับการรักษาดูแลการให้ยาและการใช้เครื่องช่วยหายใจและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยรับการรักษาแบบประคับประคอง ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตาย ได้มีการให้ความรู้เรื่องการบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายแก่ญาติให้รับทราบ ญาติทุกส่วนยินยอมบริจาคอวัยวะทุกส่วนที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ให้กับศูนย์บริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ผ่านศูนย์บริจาคอวัยวะ รพ.กาฬสินธุ์ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการรับบริจาคอวัยวะของสภากาชาดไทย
	การConsult PM&R กายภาพบำบัด ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง/Intemediate care	การConsult PM&R Consult Palliative care	
	สถานะการจำหน่าย -แพทย์อนุญาต F/U 2 สัปดาห์ OPD Neuro	สถานะการจำหน่าย -เสียชีวิต	

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1.มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมองเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง กรณีศึกษาที่ 1,2	1.ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและทำให้มีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นโดย - ระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆ จัดศีรษะให้ตรงยกศีรษะสูง30 องศาและระวังไม่ให้คอหักพับงอเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ลดความดันในกะโหลกศีรษะ - ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดVolume control mode PAC setting ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% - ประเมินการหายใจโดยนับอัตราการหายใจและดูรูปแบบการหายใจจากเครื่องช่วยหายใจและการหายใจของผู้ป่วยให้สัมพันธ์กันกับเครื่องช่วยหายใจ - ตรวจวัดความดันโลหิตและชีพจรเพื่อประเมินระบบการไหลเวียนเลือดและความดันในกะโหลกศีรษะ ทุก 30 นาที- 1 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ - ดูแลการได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS1000 cc. IV. Drip 80 cc/hr.ให้เพียงพอ เพื่อรักษาระบบการไหลเวียนเลือดและสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 2. ดูแลให้ได้รับยารักษา ได้แก่ยาควบคุมความดันโลหิตสูง คือยา 10 mg ทางหลอดเลือดดำ ได้แก่อยา Nicardipine 1mg IV push if SBP >180 mmHg then Nicardipine 20mg + NSS 100ml IV drip

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
	10ml/hr.titrate 5 ml q 15min until target SBP130-150pmmHg. และให้ยา-Dilantin 100mg IV q8hrs. Transmine 500mg IV q 6 hrs. x3 day.ตามแผนการรักษา 3.ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยทุก 30นาที- 1 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์รายงานแพทย์เวรทันทีเมื่อ มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิกริยารูม่านตาต่อแสง (pupil) มีการเปลี่ยนแปลง กำลังแขน ขา (motor power) ลดลงจากเดิมและสัญญาณชีพ BP< 90/60mmHg หรือ >140/90 mmHg, Pulse < 60 หรือ> 120 ครั้ง/นาที เฝ้ารอภาวะ Apneustic pattern, Chyne -Stroke pattern, Ataxic pattern หากมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์ทราบทันที
2. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองและระดับความรู้สึกตัวลดลงกรณีศึกษาที่ 1,2	1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้าเยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการขีด เขียน เนื่องจากอาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนังลักษณะการขีดเขียน แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน 2. ดูแลช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะให้ผู้ป่วยเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง 3. วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที-1 ชั่วโมง เพราะการประเมินสัญญาณชีพจะทำให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่อง ออกซิเจน 4. ดูแลติดตามผลการตรวจ Film CXR รายงานแพทย์เพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและการขยายตัวของปอด 5. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ Volume control mode PAC setting ตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามค่า O2sat 6. ติดตามค่า CO₂ เนื่องจากการติดเชื้อเซลล์จะมีความต้องการการใช้ ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึก มากขึ้น จนอยู่ในภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) และเฝ้ารอภาวะ metabolic acidosis และการคั่งของกรดแลคติกตามมา ส่งผลให้ เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 7) ดูแลให้ยา Morphine 3mg IV prn q 4-6 hrs.(ในกรณีศึกษาครั้งที่ 1) และให้ยา Fentanyl 5:1 +0.9%NSS 100 ml. IV drip 10 ml/hr.(ในกรณีศึกษาครั้งที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักและลดการใช้ออกซิเจน 8) ประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในกรณีศึกษาครั้งที่ 1 ฝึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยให้ออกซิเจน T piece ตามแผนการรักษา Keep oxygen saturation >95%
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Electrolyte imbalance กรณีศึกษาที่ 1,2	1.ประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วย ได้แก่ อาการกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก อ่อนเพลีย สับสน เวียนศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็งกระตุก หรือหดรัดเกร็ง มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ พบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที 2. ดูแลให้ยา Potassium 40mEq +0.9%NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. สังเกตการเกิดภาวะของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย บวม ค้นตามร่างกาย หอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูง หากพบให้รีบรายงานแพทย์ เพื่อเป็น การเฝ้าระวังอาการผิดปกติของภาวะของเสียคั่งในร่างกาย 4. บันทึกน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชม. เพื่อเป็นการประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออก 5.ประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและเป็นการติดตามอาการของผู้ป่วยและทำการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Mg BUN, Cr และeGFR เพื่อเป็นการประเมินการ ทำงานของไตในการกรองของเสียในร่างกาย
4. มีโอกาสเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจาก	1. ติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย record vital signs & neurosigns ทุก 30นาที -1 ชั่วโมง พบอาการเปลี่ยนแปลง GCS ลดต่ำลง pupil unequal motorpower drop สัญญาณชีพผิดปกติ BP< 90/60mmHg

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
การเพิ่มปริมาตรในกะโหลกศีรษะ กรณีศึกษาที่ 1,2	หรือ >140/90 mmHg, Pulse < 60 หรือ > 120 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์ทราบทันที 2. ดูแลให้ได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิตสูง คำ ได้แก่ยา Nicardipine 1mg IV push if SBP >180 mmHg then Nicardipine 20mg + NSS 100ml IV drip 10ml/hr.titrate 5 ml q 15min until target SBP130-150pmmHg. 3. ดูแลให้ได้รับยาลดการสลาย ตัวของเลือด ได้แก่ยา และให้ยา-Dilantin 100mg IV q8hrs. Transmine 500mg IV q 6 hrs. x3 day.ตามแผนการรักษา 4. ติดตามระดับความเข้มข้นของเลือด Hct & Hemoglobin การแข็งตัวของเลือด PT, PTT & INR พบความผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบทันที 5. ดูแลให้ได้รับยาลดบวมของสมอง Dexamethasone 4 mg. IV ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. การจัดทำ นอนศีรษะสูง 30 องศา 7. เฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของภาวะ ICP เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง 8. ติดตามผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และรายงานให้แพทย์ทราบทันที
5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ภาวะระบบหายใจล้มเหลว อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะโวลูเมียในเลือดต่ำ กรณีศึกษาที่1,2	1. Observe ระดับความรู้สึกตัว และระบบการหายใจ 2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนชนิด Volume control mode PAC setting ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% 3. ติดตามระดับอุณหภูมิของร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์ทราบทันที 4.ดูแลระบบ hygiene ของผู้ป่วยป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย 5.ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมง Keep DTX 80-200 mg% ประเมินภาวะ Hypo-Hyperglycemia พบอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ เหงื่อมาก ทิว มือสั่น เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย สับสน มึนงง วิงเวียน ใจสั่น หัวใจเต้นแรงเร็ว ให้รายงานให้แพทย์ทราบ ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS1000nl IV drip 80ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ได้รับ Regular insulin ทาง subcutaneous ตามระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที 6.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolyteในร่างกาย โดยเฉพาะ Sodium & Potassium ผลการตรวจผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที Na keep 135-145 mmol/L Platelet > 100,000 cells/mm3 INR <1.3 Hct > 30 vol% ผิดปกติให้รายงานให้แพทย์ทราบ
6.เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 1	1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอโดย ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร ประเมินความสามารถในการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืนจากสถาบันประสาทวิทยา ฟังเสียง bowel sound ได้ยินเสียง 6-8 ครั้ง/นาที 2.ประเมินการกลืน หากประเมินการกลืนไม่ผ่าน ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ Nasogastric tube และให้อาหารตามแผนการรักษาในระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วย วิกฤต(Acute phase) 3.ให้อาหาร ประมาณ 20-25 kcal/kg/day ภายใน 72-92 ชั่วโมงแรก และควรได้สารอาหารโปรตีน ประมาณ 1.2 -2 g/kg/day และไขมันไม่ควรเกิน 0.1 gm/ kg/day เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ ให้ อาหาร bendalize diet 200 mlx 4 feed ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมิน Content ที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
	4. ดูแลให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และมีการทดสอบตำแหน่งทุกครั้งก่อนให้อาหารเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร
7. ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1	- ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมินลักษณะและชนิดความปวด และประเมินจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย เช่น คิ้วขมวด นอนกระสับกระส่าย พักผ่อนไม่ได้หรือนอนไม่หลับ เวลาเปลี่ยนท่าก้มมือแน่น เหงื่อออกหน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว - ประเมินแผลผ่าตัดและทำความสะอาดโดยยึดหลัก Aseptic technique - แนะนำการเคลื่อนไหวของร่างกายให้ถูกต้องเพื่อลดอาการปวด เช่น จัดท่านอนให้สบาย กระตุ้นให้ลุกนั่งโดยเร็ว - แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวด โดยการหายใจเข้าออก ยาวๆลึกๆทางปากเพื่อผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด - สอนและแนะนำผู้ป่วยให้ใช้มือทั้งสองข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัดขณะที่มีการเคลื่อนไหวหรือไอ เพื่อช่วยลดภาวะกล้ามเนื้อตึงเครียด และช่วยลดการฉีกฉีกของแผลผ่าตัดทำให้ปวดน้อยลง - ดูแลสายระบายไม่ให้ดึงรั้งแผลของผู้ป่วยและไม่ให้สายหักพังงอก่อความระคายเคืองต่อแผลผ่าตัด - ดูแลให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ทำให้ปวดแผลน้อยลง - ดูแลให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา Morphine 3 mg IV prn q 4 hrs. และสังเกตผลข้างเคียงของยา คือ คลื่นไส้ - อาเจียน ร่างกายมีอาการสั่น กล้ามเนื้อกระตุก มีอาการชัก ตาพร่า ประสาทหลอน อารมณ์เปลี่ยนแปลง/อารมณ์แปรปรวน ปากแห้ง ท้องผูก หน้าแดง - ดูแลด้านจิตใจพูดคุย สัมผัสอย่างอ่อนโยนให้การพยาบาลด้วยท่าที่นุ่มนวลปลอดภัยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจ
8. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง กรณีศึกษาที่ 1	- ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ประเมิน ADL ของผู้ป่วย - ประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลูกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน - ส่ง Consult แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ - สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู - การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อน ที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ - สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหาร ตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็น ขั้นตอน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามความสามารถ - ยกไม้กั้นเตียงป้องกันการพลัดตกหกล้มดูแลให้ทำกิจกรรมบนเตียง

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสูญเสียบทบาทและหน้าที่ของตนเอง กรณีศึกษาที่ 1	1. แจ้งอาการและอาการแสดงให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับ อาการและอาการแสดง และให้ญาติยอมรับความรู้สึกพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถ 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ โดยการใช้คำพูดที่สุภาพเป็นกันเอง อธิบายเกี่ยวกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและไม่กล่าวโทษว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตน 3. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุด พร้อมกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ 4. พูดให้กำลังใจญาติผู้ดูแล ให้ยอมรับสภาพผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษ แนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเห็นคุณค่าของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
9. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค กรณีศึกษาที่ 1,2	1. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและพยากรณ์ของโรค เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ แจ้งแพทย์ให้บอกข้อมูลการเจ็บป่วยแผนการรักษา และปัญหาที่ผู้ป่วยและญาติต้องการขอความช่วยเหลือ 2. อธิบายญาติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษาให้ญาติทราบเป็นระยะๆ แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งหากมีการทำหัตถการ หรือมีแผนการรักษาเปลี่ยนแปลง 3. ประสานงานกับแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด ทีมดูแลต่อเนื่อง ทีมเยี่ยมบ้าน ประสานงานกับ ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.สต. อสม. ในเขตพื้นที่ เตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน 4. ดูแลช่วยเหลือร่วมกับเครือข่ายในการช่วยเหลือ โดยร่วมกับผู้นำชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ และโครงการพลังบวรในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่ายและเศรษฐกิจ 5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลขณะให้การพยาบาล พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี 6. แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และแจ้งผู้ป่วยมีภาวะสมองตาย และแจ้งแผนการรักษาของแพทย์ และข้อมูลการบริจาคอวัยวะให้กับสภากาชาดไทยในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายเพื่อให้ญาติผู้ดูแลตัดสินใจ (กรณีศึกษารายที่ 2)
10. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง	1. ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย 2. ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัดพยาบาลอนามัยชุมชน และพยาบาลเจ้าของไข้ ร่วมวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ/ caregiver ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามประเด็นปัญหา และความต้องการ 3. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตามแนวทาง D-METHOD ด้วยการให้คำแนะนำการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา และการรับยาต่อเนื่อง การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการหกล้ม เกิดอุบัติเหตุจากการทรงตัว เพราะผู้ป่วยมี RtHemiparesis การออกกกำลังกายของแขนขา เพื่อส่งเสริมการหายของโรคการสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ซึมลง พฤติกรรมเปลี่ยน ชัก การมาตรวจตามนัด การใช้แหล่งบริการทางสุขภาพใกล้บ้านให้เกิดประโยชน์และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค 4. ประสานโรงพยาบาลเครือข่าย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วยในระบบ intermediate care การประสานกับเครือข่ายชุมชน 5. ติดตามผลการดูแลต่อเนื่องภายในระยะ 2 สัปดาห์และระยะ 6 เดือนหลังการเจ็บป่วย ผ่านโรงพยาบาลเครือข่ายและระบบ Smart Thai COC เพื่อติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบ มี ปัญ หา เลื อ ด อ อ ก ใน ส ม อ ง

(Intracerebral hemorrhage) สาเหตุหลักเกิดจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive hemorrhage) เมื่อผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงนานๆ ทำให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือด ขาดความยืดหยุ่น เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดได้ง่ายทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง ก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่จะกดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงและเมื่ออาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองเลื่อนผิดปกติ (brain herniation) หลังหลอดเลือดสมองแตกจะทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการขยายตัวของเม็ดเลือดเป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การขยายตัวของเลือดเกิดขึ้นใน 3-12 ชั่วโมงและสมองบวมขึ้นใน 24 ชั่วโมงสูงสุดใน 5-6 วัน จนถึง 14 วัน ก้อนเลือดที่โตขึ้นจะกดเนื้อสมอง ร้อยละ 90 จะกดสมองส่วน ventricular system ทำให้เกิดแรงดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (increased intracranial pressure: IICP) ส่งผลให้ midline และก้านสมอง (brain stem) เคลื่อน (brain herniation) และถึงแก่กรรม ตำแหน่งที่พบเลือดออกในสมองมากที่สุด คือ หลอดเลือดแดง basilar Basal ganglia สมองส่วนหน้า ตรงกลาง หรือส่วนหลัง พบอัตราการเสียชีวิตสูง พบการเสียชีวิตนี้เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกสำหรับการรักษาใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด ละครักษาด้วยยาควบคุมความดันโลหิตสูงและรับการรักษาใน Intensive care โดยประเมินอาการทางระบบประสาท ระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) น้อยกว่า 13 คะแนน ปริมาณเลือดออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร และระยะการเคลื่อนที่ของแนวแกนกึ่งกลางของสมอง (Midline shift) มากกว่า 0.5 การพยาบาทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีความสำคัญในทุกๆระยะโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะวิกฤตในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งการพยาบาทพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของสมองจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

(increased intracranial pressure) ป้องกันการล้มเหลวของระบบการหายใจ ระบบทั่วไปของร่างกายมีความสมดุล ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ความอึดตัวของออกซิเจน การให้สารน้ำ การดูแลให้ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์จากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแตก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาตามขวตามพยาธิสภาพของโรคเนื่องจากมีภาวะเลือดออกที่บริเวณ left basal ganglia hemorrhage ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคมียขนาดแตกต่างกัน จากขนาดของเลือดที่ออกตามผลการตรวจ CT Scan ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 40 ปี การวินิจฉัย Basal ganglion Hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ ชี้นลง แขนและขาอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ขาดการติดตามการรักษา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow comascore (GCS) E3VTM5 Motor power left grade V right grade 0 มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy with remove clot และควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง พบปัญหาขณะดูแลรักษา ได้แก่ ภาวะ Acute respiratory failure, Hypertension, Hypokalemia ปัญหาการเคลื่อนไหวบกพร่อง หลังรับการรักษาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 44 ปี การวินิจฉัย Intracerebral hemorrhage เข้ารักษาด้วยอาการ แขน ขา อ่อนแรงซีกซ้าย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ชี้นลง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow comascore (GCS) E2VTM5 Motor power left grade III right grade V แพทย์มีแผนการ

รักษาด้วยการวางแผนผ่าตัดสมองและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ญาติปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองไม่กหนดหัวใจเนื่องจากไม่มีผู้ดูแลหลัก และเลือกการรับการรักษาแบบประคับประคองต้องการให้ผู้ป่วยตายดี ผู้ป่วยอาการทรุดลงและมีภาวะสมองตายแพทย์ได้แจ้งอาการให้ญาติผู้ป่วยรับทราบอาการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษา และให้ข้อมูลการบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายให้ญาติรับทราบญาติตัดสินใจบริจาคอวัยวะทุกส่วนที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ให้กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยในวาระสุดท้ายของชีวิต^{1,2,3}

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเริ่มจากกระบวนการวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยยา รวมถึงการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสภาพ จากการศึกษาและให้การพยาบาลผู้ป่วย 2 ราย ผลการให้การพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองแตก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้และนัดพบแพทย์เพื่อติดตามอาการแสดงและวางแผนการรักษาต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการแรกเริ่ม การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต มีประสิทธิผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตโดยการรักษาแบบประคับประคองส่งผลให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล⁴

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก stroke fast track ทั้งในอำเภอเมือง และโรงพยาบาลในเครือข่าย มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ลงไปสู่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้แพทย์และพยาบาลใน

โรงพยาบาลชุมชน สามารถประเมินภาวะโรคหลอดเลือดสมองแตกและให้การรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันการเสียชีวิตและลดความพิการให้ผู้ป่วย

2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ในเครือข่าย ได้แก่ การประเมินคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น แนวทางการรักษาพยาบาล ทั้งแผนการรักษาด้วยยาในการควบคุมความดันโลหิตสูงและการรักษาด้วยการผ่าตัด

3. พัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ควรส่งเสริมกระบวนการในการสร้างการรับรู้ของประชาชนในการรับรู้ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วตั้งแต่มีก่อนเกิดอาการในชุมชน การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอกโดยสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองคือ (B E F A S T)

5. ควรส่งเสริมการทบทวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การทบทวนข้างเตียงการทำRCAเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาในการวางแผนการดูแลเชิงระบบต่อไป

6. ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะ บุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT)

7. ควรมีการทำการรับรองคุณภาพเฉพาะโรค (Disease Specific Certificate) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เพื่อเป็นการประเมินคุณภาพ ของการวินิจฉัยโรค ความถูกต้อง ความครอบคลุมทันเวลาช่วยการส่งเสริมความสามารถและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

8. ครรณนโยบาย Service Plan การรับบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะมาใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย และรับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อลดระยะเวลา

รอคอยการรับบริจาคอวัยวะและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022 [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 15]. Available from: [https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO Global Stroke Fact Sheet.pdf](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO%20Global%20Stroke%20Fact%20Sheet.pdf)
2. American Stroke Association.(2023) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10, 2023, from [https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/ Protocols](https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols)
3. World Health Organization. (2020). World stroke campaign [Internet]. [cited 2020 Jan 21] Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
4. สถาบันประสาทวิทยา กรมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2563).แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2566]:39(2):39-46. เข้าถึงได้จาก:[http://neurothai.org>journal>vol39 no26](http://neurothai.org>journal>vol39%20no26).
6. ชูตาพร วรภักษ์วิศิษฐ์, อุไร จังโละง, ศิริขวัญ นาควิสัย, ภารดี ชัยรัตน์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รับการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัด. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 (เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2567 ; 27(2): 163-74. เข้าถึงได้จาก:<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/241091/172055>
7. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)

การพยาบาลผู้ป่วยแผลผ่าตัดติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษา

Nursing care for patients with infected surgical wounds after hip replacement surgery

: Case Study

(Received: May 4,2024 ; Revised: June 5,2024 ; Accepted: June 19,2024)

ศรีสอางค์ ชุ่มละมัย¹

Srisaang Chumlamai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม ที่เข้ารับการรักษาทันทีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหุ้ยง โรงพยาบาลสระบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ ดำเนินการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ประเมินปัญหา ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ 12 วัน คือ มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะโพกซ้าย ซึ่งสาเหตุเกิดจากความไม่พร้อมของผู้ดูแล ที่ขาดการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้รับการรักษาโดยแพทย์ผ่าตัดเปิดแผลเพื่อล้างแผล พร้อม re-suture ใหม่ ร่วมกับ ให้ยาปฏิชีวนะฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 10 วัน อาการติดเชื้อดีขึ้นแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้
คำสำคัญ : การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด , การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม , เชื้อดื้อยา , การพยาบาล

Abstract

This study is a case study aimed at the care of patients with infections at the surgical site. Patients who have undergone hip replacement surgery and have comorbidities are selected for treatment at the female orthopedic ward. Saraburi Hospital by collecting information from medical records, information from patients and relatives. Conduct research studies from nursing-related textbooks and papers. Assess the problem Identify nursing diagnoses Nursing planning and holistic nursing evaluation

The results showed that this case study patient was elderly. Have comorbidities, including high blood pressure. Stroke There were complications 12 days after hip replacement surgery: an infection in the left hip surgery wound caused by the unavailability of caregivers who lacked monitoring for postoperative complications, treated by a doctor who opened the wound to wash the wound with a new re-suture and gave antibiotics injected into a vein for 10 days The infection symptoms improved, Doctors can discharge it home.

Keywords : surgical location infection, hip arthroplasty, Drug resistance ,nursing

บทนำ

การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (surgical site infection) เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัด (surgical site infection-SSI) เป็นตำแหน่งที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็น อันดับ 3 รองจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ การวินิจฉัยการ

ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด แบ่งการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดออกเป็น 3 ประเภทคือ Superficial incisional SSI, Deep incisional SSI และ Organ/space SSI การติดเชื้อต้องเกิดขึ้นภายใน 30 วัน หรือภายใน 90 วัน หลังการผ่าตัด (นับวันผ่าตัดเป็นวันที่ 1) ตามตำแหน่งการผ่าตัด มีลักษณะครบตามเกณฑ์ คือมีอาการและอาการแสดง ปวด บวม แดง ร้อน มีหนองในตำแหน่ง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี

ผ่าตัด หรือแผลแยก ส่วนการตรวจหาเชื้อเป็น ข้อมูลของการติดเชื้อนั้นว่าเกิดจากเชื้ออะไร การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ โดยอาจเป็น ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยโดยตรงได้แก่ กระบวนการผ่าตัด (ทั้งการเตรียมก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด) และสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด รวมถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

1

จากสถิติโรงพยาบาลสระบุรี ปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 พบว่า มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 224, 261 และ 232 คน และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจำนวน 62, 85 และ 90 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นหัตถการผ่าตัดใหญ่ของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด มีภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม การหักของกระดูกบริเวณรอบข้อสะโพกเทียม เป็นต้น

โรงพยาบาลสระบุรี ปี 2564-2566 พบผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจากการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจำนวน 1,0 และ 0 ราย ตามลำดับ แต่เมื่อมีการติดเชื้อหลังผ่าตัด จะก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วย และโรงพยาบาล เนื่องจากการรักษาการติดเชื้อแผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมา Re-admitted และต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น โดยเป็นค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อการล้างทำความสะอาดแผล และการผ่าตัดซ้ำนอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและญาติ คือ สูญเสียเวลาในการประกอบอาชีพ รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงและความเชื่อมั่นในคุณภาพการ รักษาพยาบาลของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลด้วยหากรุนแรงอาจก่อให้เกิดความพิการถึงขั้นเสียชีวิตได้ดังนั้นทีมการรักษาพยาบาลจึงควรมีความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อลดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดในผู้ป่วยลงตามนโยบาย ด้านความปลอดภัยในผู้ป่วย safety in surgery

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมกับภาวะอาการของโรคมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อเป็นกรณีศึกษา
2. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการรักษาพยาบาล การแพ้ยาและสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว แบบแผนสุขภาพและการดำเนินชีวิต ผลการตรวจร่างกายและ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. ศึกษาจากตำรา ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การติดเชื้อในโรงพยาบาล ติดเชื้อดื้อยา พยาธิสภาพแผลผ่าตัดติดเชื้อ การรักษาแผลผ่าตัดติดเชื้อ และการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา แนวคิดกระบวนการพยาบาล โอเร็มและแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
5. ปฏิบัติการพยาบาล ติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
6. สรุปผลการศึกษา และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
7. จัดทำเอกสารวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องและเผยแพร่ความรู้

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 81 ปี สถานภาพสมรส คู่เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ แม่บ้าน วันที่ 26 มกราคม 2567 มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ ด้วยอาการหกล้ม สะโพกซ้ายกระแทกพื้น ปวดสะโพก เดินไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกข้างซ้ายหัก เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างซ้าย (Bipolar hemiarthroplasty Lt hip) วันที่ 30 มกราคม 2567 หลังการผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่มี beed ซึม ไม่มีไข้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นหลังผ่าตัด ทำกายภาพบำบัดฝึกเดินโดยใช้ walker จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567 นัดติดตามอาการ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 มาตรวจตามนัด พบว่าขอบแผลผ่าตัดสะโพกซ้ายบวมแดง มีหนองไหลออกตามรูลวดเย็บแผล แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะโพกซ้าย (Superficial surgical wound infection Lt hip) แพทย์ให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงแรกรับ รู้สึกตัวดี BP 120/80 mmHg PR 94 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O2 Sat RA 97% ปวดสะโพกซ้ายระดับ 3 ไม่ปวดแผล ให้ทำแผลวันละ 1 ครั้ง ให้ยา Antibiotic cefazolin 2 gm IV q 8 hr. และ Ciprofloxacin 400 mg IV q 12 hr. ให้ยาแก้ปวด Tramal(50) 1tab oral tidpc ,Gabapentin (300) 1 tab oral hs ส่ง Pus G/S,C/S จากแผลผ่าตัด ให้ระวังข้อสะโพกหลุดเลื่อนโดยใช้หมอนคั่นระหว่างขา วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 แพทย์ Set OR for off staple and explor wound Lt hip Under GA วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 ส่ง consult PT for FWB c walker วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 15.00น.เข้าห้องผ่าตัด แพทย์ off staple debridement wound ไม่พบ pus ส่ง swab for c/s ซ้ำ re-suture wound c nylon 4/0 กลับจากผ่าตัด เวลา 17.30น. รู้สึกตัวดี BP138/70-158/68 mmHg PR 78-96 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O2 Sat RA 97-98% BT 36.7 °c แผลผ่าตัดไม่มี bleedซึม Pain score =3 ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน หลับพักได้ แพทย์ให้ทำแผลวันละ 1 ครั้ง ให้ยา Antibiotic IV เดิม วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 ผล Pus c/s จากแผลวันแรกพบเชื้อ

Klebsilla pneumoniae ESBL MDR และ Proteus mirabilis ESBL MDR แพทย์ off cefazolin และ ciprofloxacin เปลี่ยนเป็น Meropenam 2 gm IV stat then 1 gm IV q 8 hr.หลังจาก Re-suture แผลแห้งดี ไม่แดง วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 แพทย์ off meropenem จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2567 ให้กลับไปทำแผลที่สถานพยาบาลใกล้บ้านวันละ 1 ครั้ง นัดติดตามอาการและตัดไหมวันที่ 4 มีนาคม 2567 รวมจำนวนวันนอนทั้งสิ้น 12 วัน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 ผลการตรวจเลือด CBC

การตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Hematocrit	31.9%	35.2-46.4%	ปกติ
White blood cell	10100/ul	4500-8600 /ul	สูงกว่าปกติ
Neutrophil	71%	55-75%	ปกติ
Lymphocyte	22%	20-35%	ปกติ
Eosinophil	1%	1-3%	ปกติ
Platelet	456,000	100,000-300,000	ปกติ

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 ผลการตรวจเลือด

Blood Chemistry

การตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Blood Urine Nitrogen	9.1 mg/dl	8-21 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.84 mg/dl	0.5-1.5 mg/dl	ปกติ
Sodium	138.7 mmol/l	135-148 mmol/l	ปกติ
Potassium	3.53 mmol/l	3.5-5.0 mmol/l	ปกติ
Chloride		90-111 mmol/l	ปกติ
CO2	22.4 mmol/l	21-31 mmol/	ปกติ

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 ผล Pus C/S จากหนองที่แผลผ่าตัด พบเชื้อ 1) Proteus mirabilis ESBL MDR 2) Klebsilla pneumoniae ESBL MDR การแปลผลมีการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและเป็นเชื้อดีดื้อยา

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 ผลการตรวจเลือด CBC

การตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Hematocrit	31 %	35.2-46.4%	ต่ำกว่าปกติ
White blood cell	6400	4500-8600 cu.mm	ปกติ
Neutrophil	54 %	55-75%	ปกติ
Lymphocyte	34 %	20-35%	ปกติ
Eosinophil	3 %	1-3%	ปกติ
Platelet	413000/ul	100,000-300,000 cu.mm	ปกติ

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 ผลการตรวจ

Blood Chemistry

การตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Blood Urine Nitrogen	11.4 mg/dl	8-21 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.83 mg/dl	0.5-1.5 mg/dl	ปกติ
Sodium	137.5 mmol/L	135-148 mmol/L	ปกติ
Potassium	4.08 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	ปกติ
Chloride	105.1 mmol/L	90-111 mmol/L	ปกติ
CO2	26.3 mmol/L	21-31 mmol/L	ปกติ

ผลการตรวจ การอักเสบในร่างกายวันที่ 16,19

กุมภาพันธ์ 2567 ESR = 66 , 42 mm/hr ตามลำดับ

CRP = 5.5 , 2.9 mg/L ตามลำดับ การแปลผลปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการ

พยาบาล จากการประเมินอาการและอาการแสดง ที่
ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายในแต่ละระยะของ
การรักษาพยาบาลกรณีศึกษารายนี้ ได้การพยาบาล
แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และ
ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนการผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : มีการติดเชื้อ ที่แผลผ่าตัดหลังจำหน่ายกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน : ขอบแผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน : ปวดสะโพกซ้าย วัตถุประสงค์ : อาการติดเชื้อลดลง เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีไข้ แผลไม่บวม แดง ไม่มี discharge ซึม	กิจกรรมการพยาบาล 1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 3. ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ 4. สังเกตลักษณะของแผล ผิวหนังรอบแผล สีและปริมาณของ discharge ที่ออกจากแผล 5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล เช่น วิตามินเอ วิตามินบี วิตามินซี และโปรตีน 6. ส่งเสริมสุขวิทยาส่วนบุคคลและดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย 7. จัดให้อยู่ในท่าที่สบาย และการได้รับยาลดอาการปวดแผล 8. ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น 9. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทันที การประเมินผล : หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 2 วัน แพทย์ทำการ Debridement c re- suture wound แผลแห้ง ไม่บวมแดง ไม่มี discharge ออกจากแผล ไม่มีไข้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยา ข้อมูลสนับสนุน : วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 ผลเพาะเชื้อ Pus c/s จากแผลพบ moderate klebsilla pneumoniae ESBL MDR และ few proteus mirabilis ESBL MDR วัตถุประสงค์ : ไม่มีการแพร่กระจายของ เชื้อดื้อยา เกณฑ์การประเมินผล : ไม่พบการ แพร่กระจายของเชื้อดื้อยาชนิดเดียวกันใน ระบบอื่นของผู้ป่วยรายนี้และไม่พบไม่พบ การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดเดียวกันใน ผู้ป่วยรายอื่น	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามหลัก Standard precautions ขณะให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายใน ทุกหน่วยงาน โดยถือว่าผู้ป่วยทุกรายอาจมีเชื้ออยู่ตามร่างกาย 2. แนะนำผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Contact precautions) ดังนี้ 1) การล้างมือตามหลัก 5 moments 7 ขั้นตอน อย่างเคร่งครัด 2) ให้ญาติสวมถุงมือเมื่อมีโอกาสสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย และล้างมือก่อน-หลังถอดถุงมือ 3) แยกอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย เช่น กะละมังเช็ดตัว อุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น 4) อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยหลายราย ให้ทำลายเชื้อที่อาจปนเปื้อนไปกับอุปกรณ์ นั้นๆ ด้วยวิธีที่เหมาะสมก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่น สิ่งของและเครื่องมือเครื่องใช้ใน โรงพยาบาล 5) ดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย 6) ควรให้ข้อมูล และเน้นย้ำให้กับญาติหรือผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย ล้างมือ ก่อน-หลังสัมผัสผู้ป่วย 7) ดูแลการได้รับยา Meropenem 1 gm IV q 8 hr ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม carbapenem ที่มีฤทธิ์ ด้านแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ ในขณะที่ต้องสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย อาการปวดบวมแดงบริเวณที่ทายาตาม Sensitivity ของเชื้อที่ตรวจพบในกระแสเลือด การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อดื้อยาไปสู่ระบบอื่น มีการตอบสนองต่อยา Antibiotic

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : มีความวิตกกังวลต่ออาการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและกลัวการผ่าตัดซ้ำ ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติมีแสดงสีหน้าวิตกกังวล : แพทย์ Set OR for off staple and Explor wound Lt hip วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ เกณฑ์การประเมินผล : ญาติมีสีหน้าผ่อนคลายมากขึ้น คลายวิตกกังวลลง	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับ ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. ประเมินสภาพของผู้ป่วยและญาติ โดยการประเมินสภาพจิตใจระดับความเครียดและสาเหตุที่ทำให้วิตกกังวลเพื่อ วิเคราะห์ดูแลให้การพยาบาลที่เหมาะสมแสดงท่าทียอมรับพฤติกรรมและพร้อมให้การช่วยเหลือหลีกเลี่ยง และลดปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 3. เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยระบายความวิตกกังวล รวมทั้งซักถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย การดำเนินของโรคและขั้นตอนในการรักษาในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 4. อธิบายถึงพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น สาเหตุ และแผนการรักษา 5. ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติพร้อมทั้งสอนวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เสริมสร้างความมั่นใจให้กับญาติในการดูแลผู้ป่วย การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติ กังวลลดลง ยินยอมทำการผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยสูงอายุ ปวดสะโพกลุกเดินไม่ไหว : Morse fall score = 95 คะแนน คือมีความเสี่ยงสูง วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เกณฑ์การประเมินผล : ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการ ตรวจเยี่ยมทุก 2-4 ชั่วโมง 2. ยกเหล็กกันเตียงขึ้นไว้ตลอดเวลา ให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด 3. ช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ข้อมูลสนับสนุน : ปวดสะโพกซ้าย ขยับตัวได้น้อย : ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ต้องนอนกางขาโดยใช้หมอนสามเหลี่ยมไว้ตลอดเวลา วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีแผลกดทับ เกณฑ์การประเมินผล : ไม่เกิดแผลกดทับ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม 2. ประเมินอาการปวดสะโพก ดูแลให้ยาแก้ปวด ถ้าปวดมาก 3. กระตุ้นให้มีการพลิกตะแคงตัวไม่ควรรอนในท่าเดียวนานๆ เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การประเมินผล : ไม่เกิดแผลกดทับ
ระยะหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน : หลัง ผ่า ตัด Debridement with re-suture wound Lt hip Under GA : มีไข้ 38.4 °C หลังผ่าตัด วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล : สัญญาณชีพปกติ ไม่เกิดอาการแพ้ยาสด แผลไม่มีbleedซึม	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 2-4 ชั่วโมง ให้การพยาบาลลดไข้ถ้ามีไข้ 2. ประเมินแผลผ่าตัด ประเมินอาการปวดแผล 3. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ การประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน BP 138/70-158/68mmHg PR 78-90 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BT 36.9-37.1 °C ปวดแผลระดับ 2 ไม่ขอยาแก้ปวด แผลไม่มีbleedซึม นอนหลับพักผ่อนได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจากการพ่นหรือความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยสูงอายุ หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก มีภาวะต้องพึ่งพาผู้ดูแล วัตถุประสงค์ : ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อซ้ำ เกณฑ์การประเมินผล : ไม่เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อซ้ำ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้ D = Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุอาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M = Medicine แนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด E = Environment แนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย T = Treatment ญาติได้รับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ และมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย H = Health แนะนำการป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อซ้ำ เน้นการดูแลแผลผ่าตัด สังเกตผ้าปิดแผลทุกวันถ้ามีเลือดหรือหนองซึม ให้รีบไปพบแพทย์ ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ห้ามแกะหรือเกาแผล แนะนำให้ระวังการพลัดตกหกล้มให้ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินทุกครั้ง O = Out patient การมาตรวจตามกำหนดนัด หรือมาก่อนกำหนดนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ปวดข้อสะโพกมาก ไม่สามารถเดินหรือพยุงลงน้ำหนักได้ D = Diet แนะนำเรื่องโภชนาการ รับประทานอาหารโปรตีนสูง เพื่อส่งเสริมการหายของแผล เน้นอาหารที่มีแคลเซียมสูงเพื่อช่วยในการบำรุงกระดูก หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง อาหารรสเค็ม และลดอาหาร/เครื่องดื่ม ที่มีรสหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ชักถามข้อสงสัย การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติรับทราบคำแนะนำในการปฏิบัติตัว จากการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย ผู้ป่วยมาตรวจตามกำหนดนัด หลังตัดไหม แผลผ่าตัดดี ไม่มีพบภาวะแทรกซ้อนด้านอื่นๆ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีท่านอนที่ไม่ถูกต้อง : ผู้ป่วยมีข้อสะโพกเทียมข้างซ้าย วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของข้อหลุดหรือข้อสะโพกเคลื่อน เกณฑ์การประเมินผล : ท่านอนของผู้ป่วย อยู่ในท่าที่ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของท่าต่างๆที่มีความเสี่ยงต่อข้อสะโพกหลุด ดังนี้ 1.1 จัดท่านอนโดยนอนกางขาออก 30-45 องศา และใช้หมอนเล็กหนุนขา 1.2 ใช้หมอนสี่เหลี่ยมคางหมูไว้ระหว่างขา 1.3 ห้ามงอข้อสะโพกมากเกินไป 90 องศา เพราะในท่านี้อาจจะทำให้ข้อสะโพกเทียมที่ใส่ไว้เคลื่อนหลุดได้ 1.4 ห้ามไขว้ขาในขณะที่อยู่ในท่านอน นั่งหรือ ยืนโดยเฉพาะเอาขาข้างที่ผ่าตัด 1.5 หลีกเลี่ยงการนั่งเก้าอี้เตี้ยหรือนั่งยอง ควรเลือกเก้าอี้ที่สูงพอที่จะทำให้ข้อสะโพกไม่เกิน 90 องศา ควรปรับเก้าอี้ให้สูงพอดีโดยใช้หมอนนั่งให้สูงขึ้น 1.6 หลีกเลี่ยงการนั่งเก้าอี้ไม่มีที่วางแขน เพราะที่วางแขนจะช่วยเหลือได้ในขณะที่ลุกขึ้นยืนหรือ เปลี่ยนอิริยาบถ 1.7 หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การดันสิ่งของ และการหมุนตัวอย่างแรง 2. ให้สังเกตอาการของข้อสะโพกเคลื่อนหลุด คือ มีอาการปวดมากเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อสะโพก ขาข้างนั้นสั้นลง ขาจะอยู่ในท่างอ หุบและบิดเข้าใน หรืออยู่ในท่ากางและบิดออกนอก ให้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทันที การประเมินผล : จากการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยไม่มีอาการของข้อสะโพกหลุดหรือเคลื่อน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองตีบ ชีวิตประจำวันเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มาด้วยหกล้ม ทำให้กระดูกข้อสะโพกซ้ายหัก ปวดสะโพกมาก เดินไม่ได้ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยน

ข้อสะโพกเทียม(Bipolar hemiarthroplasty Lt Hip) หลังผ่าตัดกลับไปบ้าน ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ซึ่งเกิดจากมีความพร่องในการดูแลตนเอง และ care giver ขาดการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พยาบาลนอกจากให้ได้รับการดูแลจากทีมแพทย์พยาบาลร่วมดูแลอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

พยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญบูรณาการความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานร่วมกับทักษะการประเมินอาการผิดปกติ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ ปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ขยับตัวลุกนั่งและหัดเดินได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านให้การพยาบาล โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เน้นย้ำความสำคัญการป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การล้างมือก่อนและหลังทำแผลทุกครั้ง การป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน อุบัติเหตุพลัดตกหกล้มซ้ำ การมาตรวจตามนัดและอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ มีบุตรสาวผู้ป่วยมาคอยช่วยดูแลและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถ

กลับไปใช้ชีวิต กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข พึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะ

1. การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในบทบาทพยาบาลควบคุมการติดเชื้อดูแลงานจ่ายกลาง จะต้องพัฒนางานอย่างต่อเนื่องด้านกระบวนการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือแพทย์ให้ได้มาตรฐาน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการที่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์
2. การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีการเสื่อมและถดถอยด้านร่างกาย ร่วมกับมีภาวะกระดูกหักและได้รับการผ่าตัด หรือไม่ได้รับการผ่าตัด ต้องมี care giver ที่มีความพร้อมที่จะดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. กัณธร มาลาธรรม และ ยงค์ รุ่งเรือง. 2561. คู่มือวินิจัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
2. นงนุช ประทุม. 2563. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูง:กรณีศึกษาวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. ปีที่ 3 (ฉบับที่ 1) : หน้า 76-90
3. นงเยาว์ เกษตรภิบาล. 2561. ความปลอดภัยในการผ่าตัด พิมพ์ครั้งที่ 1. โชตนาพรินท์. เชียงใหม่.
4. วงเดือน สุวรรณศิริ และ ยุพเรศ พญาพรหม. 2560. การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปีที่ 29 (ฉบับที่ 2) : หน้า 15-28.
5. สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย และ อภิชาติ วชิรพันธ์. 2563. แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
6. สมาคมควบคุมการติดเชื้อแห่งเอเชียแปซิฟิก (APASIC). แนวทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก <https://apsic-apac.org/wp-content/uploads/2019/02/APASIC-SSI-THAI-VERSION-JAN-2019.pdf>
7. อรสา ชัยจันดี. 2562. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรวงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีภาวะลม/น้ำในเยื่อหุ้มปอดและแผลติดเชื้อดื้อยา:กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. ปีที่ 39 (ฉบับที่ 2) : หน้า 82-93.

ผลของกระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ ตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Results of the Process of Developing a Model Subdistrict to Promote Child Development
with Community Participation. In the Area of Nong Chang Subdistrict, Sam Chai District,
Kalasin Province.

(Received: May 29,2024 ; Revised: June 5,2024 ; Accepted: June 19,2024)

ประครอง วิเชียรสาร¹

Prakhrong Wichiansan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูล ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่ ได้แก่ ตำบลหนองช้าง จำนวน 1 ตำบล ,กลุ่มเป้าหมายเชิงสถานที่ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 แห่ง และกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยและผู้เลี้ยงดู จำนวน 45 คู่ โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ระยะเวลาศึกษา เดือน มิถุนายน 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus ,เกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D ,คู่มือ DSPM ,Program Triple P ,แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบวัดทักษะพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้เลี้ยงดู สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมมีกระบวนการเรียนรู้แก่แกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้อง โดยการขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus ที่ครอบคลุมการดูแลเด็กปฐมวัยในกลุ่มอายุ 0 - 2 ปี รวมถึงครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มหญิงหลังคลอด ร่วมกับการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D สำหรับกระบวนการเรียนรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมเด็กปฐมวัยในกลุ่มอายุ 2 - 5 ปี ซึ่งตำบลหนองช้างผ่านการรับรองเป็น ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus ,สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100 และหลังเข้าร่วมกระบวนการ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยทั้ง 5 ด้าน ร้อยละ 100 ,ระดับความฉลาดทางด้านอารมณ์ ด้านดี ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 88.89 ,ด้านเก่ง ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 91.11 และด้านสุข ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 100 และทักษะพฤติกรรมของผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 91.11 โดยภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยมีทักษะพฤติกรรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : การพัฒนาตำบลต้นแบบ , ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก , ชุมชนมีส่วนร่วม

Abstract

This research the objective to evaluate the results of the process of developing a model sub-district to promote child development with community participation. Participated in the area of Nong Chang Subdistrict, Sam Chai District, Kalasin Province. It is action research. Analyze data both qualitative and quantitative. The sample group consisted of spatial target groups including 1 subdistrict of Nong Chang Subdistrict, locational target groups including 3 child development centers, and a sample group of 45 pairs of early childhood children and their caregivers. Using the inclusion criteria of the sample group and simple random sampling. Study period : June 2023 - February 2024. The tools used in the research include the 1,000 Days Plus Miracle Subdistrict Criteria, Early Childhood Development Center Criteria according to the national 4D health standards, DSPM manual, Triple P Program, Emotional Intelligence

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

assessment form and a behavioral skills test to promote the development of caregivers. Statistics used in the research include frequency, percentage, mean, standard deviation and statistics test differences within groups with Paired t-test.

The results of the research found that the process of developing a model sub-district to promote child development with community participation has a process. Learning for relevant community leaders by driving the development of Miracle Subdistrict 1,000 Days Plus, which covers early childhood care for children in the age group of 0 - 2 years, including health promotion for women of reproductive age group of pregnant women and groups of postpartum women. Together with upgrading early childhood development centers to meet national standards for 4D for the learning process for parents and guardians of children with developmental delays. Use a program to promote positive development and discipline with family participation covering early childhood in the age group of 2 - 5 years, which Nong Chang Subdistrict has been certified as. Amazing Subdistrict 1,000 Days Plus, early childhood development center according to national standards for 4D health, passing the standard criteria 100 percent. and after participating in the process Early childhood children have 100% of age-appropriate development in all 5 areas. Their emotional intelligence level is mostly normal at 88.89% for good, 91.11% for good, and 91.11% for good and 100% normal for happiness. of early childhood most of them passed the criteria at 91.11% overall after joining the program. Parents of early childhood children have behavioral skills higher than before joining the program statistically significant ($p < 0.05$)

Keywords : Model Subdistrict Development , Promote Child Development , Community Participate

บทนำ

เด็กวัยปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญระยะหนึ่งของชีวิตในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็น “หน้าต่างแห่งโอกาสของชีวิต” ที่สมองจะเรียนรู้และพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว การลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยจะให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าถึง 7 เท่าในวันที่เขาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาทั้งด้านพัฒนาการสุขภาพของเด็กและความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient; EQ) ตั้งแต่ปฐมวัย ซึ่งจะทำให้เด็กมีพื้นฐานของสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ที่ดีติดตัวไปตลอดชีวิต อีกทั้งเป็นวัยที่เริ่มเปลี่ยนการใช้ชีวิตจากครอบครัวไปใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นในโรงเรียนหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก¹

สถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัยในอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565 พบว่า การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ในช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน เป้าหมายจำนวน 583 ราย ได้รับการคัดกรอง 579 ราย (ร้อยละ 99.30) พบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า จำนวน 205 ราย (ร้อยละ 35.40) ได้รับการติดตามกระตุ้น

พัฒนาการ 204 ราย (ร้อยละ 99.50) มีเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จำนวน 2 ราย² ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินการประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 6 – 11 ปี พบว่า เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7 มีระดับ EQ ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 64.3 ด้านดี อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 71.7 ด้านเก่ง อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 70.0 และด้านสุข อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 62.7 โดยพบว่าเด็กอยู่ในเกณฑ์ที่ควรพัฒนา EQ ร้อยละ 16.9³ โดยความสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย คือ การที่เด็กมีความสามารถในการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และแก้ไขความขัดแย้งได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ช่วงที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย และการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนั้นยาวนานตั้งแต่การปฏิสนธิจนถึงช่วงปฐมวัย โดยพบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพเด็กปฐมวัย ทั้งปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ เช่น ภาวะซึมเศร้าจากการขาดธาตุเหล็ก การขาดสารไอโอดีน ภาวะเตี้ยแคระแกร็น การได้รับสารปนเปื้อนต่าง ๆ หรือปัจจัยเสี่ยงทางจิต สังคม เช่น การขาดโอกาสในการเรียนรู้

และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กและผู้ดูแล เป็นต้น ในส่วนของความฉลาดทางอารมณ์นั้น ครอบครัว ชุมชน และสังคม ที่เด็กต้องเผชิญตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยเรียนมีผลอย่างมาก ดังนั้น ในการที่จะเพิ่มความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กจึงจำเป็นต้องอาศัยการดูแลเด็กอย่างเป็นองค์รวมเพื่อพัฒนาศักยภาพเด็กปฐมวัย ทั้งการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพโดยการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน (4D) คือ ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น (Developmental and Play) ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) และด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย และการป้องกันควบคุมโรค (Disease)⁴ และเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงทางจิต สังคม โดยการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง และการสร้างวินัยเชิงบวกในการดูแลเด็กปฐมวัย

การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งผู้ที่มีส่วนสำคัญที่สุดในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย คือ พ่อแม่ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยเฉพาะการสอนพ่อแม่ผู้ปกครองให้ใช้คู่มือ DSPM ร่วมกับการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program; Triple-P)⁵ พ่อแม่ผู้ปกครองสามารถส่งเสริมให้กับเด็กได้ด้วยตนเอง และมีบุคลากรสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมถึงครูอนุบาลเป็นผู้จัดกลุ่มกิจกรรมเสริมพลังการเรียนรู้สำหรับครอบครัวเด็กปฐมวัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนทางการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน⁶ ของตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน ตำบลหนองช้างอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์, ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาเด็กปฐมวัยในองค์การบริหารส่วนตำบลหนองช้าง, ผู้นำท้องที่ทุกหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้างอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 3 แห่ง 3) ผู้ปกครองและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 0 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM จำนวนทั้งหมด 94 คู่ ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้างอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 3 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน ตำบลหนองช้างอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ (ผอ.รพ.สต. และจนท.ที่รับผิดชอบงานในคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic : WCC) จำนวน 4 คน, ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาเด็กปฐมวัยในองค์การบริหารส่วนตำบลหนองช้าง จำนวน 3 คน, ผู้นำท้องที่ทุกหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 8 คน, ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 6 คน

และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 24 คน รวมทั้งหมด 45 คน 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย โดยผู้วิจัยเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมดในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้าง จำนวน 3 แห่ง 3) ผู้ปกครองและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย โดยผู้วิจัยสุ่มเลือกผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จำนวน 45 คู่ โดยพิจารณาตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างของเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม 2) เด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน เมื่อประเมินด้วยคู่มือ DSPM 3) ผู้ปกครองและเด็กสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

คุณสมบัติของการคัดออกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตามที่กำหนด 2) ขอสละสิทธิ์ออกระหว่างการทำกิจกรรมโปรแกรม 3) เด็กที่ยังมีปัญหาพัฒนาการ แม้จะได้รับการกระตุ้นด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กระบวนการเรียนรู้สำหรับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้แก่ กระบวนการการพัฒนาตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน และการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual, DSPM) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3. กระบวนการเรียนรู้สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program : Triple P) ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกนรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁷

4. เกณฑ์การประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁶

5. เกณฑ์การประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D ของศูนย์อนามัย

ที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁸

6. แบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ส่วน จำนวน 77 ข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะเสี่ยง และข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดู ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก ลักษณะครอบครัว และลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบรายงานพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์ ใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁷ ประกอบด้วย ด้านดี ด้านเก่ง ด้านสุข จำนวน 15 ข้อ รวม 60 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง และเป็นประจำ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ปกติ และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ ใช้แบบสอบถามโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกนรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁷ มีคำถามจำนวน 23 ข้อ คะแนนเต็ม 115 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบ ใช้มาตรวัดแบบ

ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง ทำน้อยครั้ง และไม่ทำเลย เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ผ่าน และไม่ผ่านการเปรียบเทียบคะแนนรวมรายด้านและคะแนนรวมทุกด้านก่อนและหลังทำกิจกรรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ตั้งแต่ 96 คะแนนขึ้นไป เท่ากับ มีทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือน มิถุนายน 2567 จากการสังเกต (Observation) ,การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ,การจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group) การรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง การจัดเวทีถอดบทเรียน และการรับฟังการนำเสนอผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ (Qualitative and Quantitative) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ส่วนการประเมินตำบลหัตถจริย์ 1,000 วัน พลัส และการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D ใช้การอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด สำหรับสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตาม ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย และทักษะพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดู ระหว่างก่อนเข้าร่วมกระบวนการเปรียบเทียบหลังสิ้นสุดกระบวนการ ใช้สถิติ Paired t-test ขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบ โดยทดสอบการแจกแจงแบบปกติ จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แสดงผลในรูปแบบตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงสร้างการวิจัยเสนอต่อ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC 142/2566

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ สภาพปัญหา และกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตำบลหนองช้าง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ยังขาดคุณภาพการคัดกรองการติดตามเพื่อให้เด็กเข้าสู่ระบบการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและครบตามเกณฑ์ รวมถึงทักษะการใช้คู่มือ DSPM ของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก รวมถึงครูผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครองของเด็ก และผู้ปกครองส่วนใหญ่จะไม่ยอมรับเรื่องพัฒนาการของบุตรหลานว่ามีพัฒนาการสงสัยล่าช้า รวมถึงปัญหาการใช้สื่อโซเชียลในปัจจุบันที่ผู้ปกครองมักหิบบ่นให้เด็กได้เข้าถึงง่าย ส่งผลต่อพัฒนาการด้านการสื่อสาร การเข้าใจภาษา และกล้ามเนื้อมัดเล็ก สำหรับกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของตำบลหนองช้าง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน ตำบลหนองช้าง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกระบวนการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยดำเนินการตามภาระงานประจำ (Routine) ผ่านคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic : WCC) ซึ่งจะดำเนินการคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็ก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งส่วนมากจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual, DSPM) ในกลุ่มเป้าหมายเด็กที่อายุครบ 9 ,18 ,30 ,42 ,60 เดือน (ครั้งที่ 1) ของแต่ละเดือน หากพบเด็กพัฒนาการสมวัย จะแนะนำพ่อแม่ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM และคู่มือ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน แต่หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า จะส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ ภายใน 1 เดือน โดยพ่อแม่ผู้ปกครอง ด้วยคู่มือ DSPM (เล่มสีขาว) และจะประเมินซ้ำด้วย DSPM ภายใน 30 วัน (ครั้งที่ 2) ซึ่งประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ายังพบพัฒนาการ

ล่าช้า จะบรรยายด้าน ดังนี้ 1) ด้านการเคลื่อนไหว 2) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา 3) ด้านการเข้าใจภาษา 4) ด้านการใช้ภาษา และ 5) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ทั้งนี้ หากพบพัฒนาการล่าช้าต้องส่งต่อทันที เพื่อเข้ารับการประเมินพัฒนาการและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) โดยกุมารแพทย์ แพทย์/บุคลากรที่ผ่านการอบรม ที่โรงพยาบาลสามชัย หรือโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามลำดับขั้นตอนของระบบการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จะเป็นการเปิดบริการบันทึกการหัดครั้งแรกของ TEDA4I โดยจะระบุด้านที่ล่าช้า ภายใน 60 วัน หลังพบว่าพัฒนาการล่าช้า และจะมีระยะเวลาในการกระตุ้นพัฒนาการหรือแก้ไขพัฒนาการโดยโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการของสถานบริการ รวมถึงวิธีแก้ไขพัฒนาการโดยพ่อแม่ผู้ปกครอง อีก 3 เดือน โดยจะมีเด็กที่กลับมาสมวัย และเด็กที่ยังมีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งจะได้รับการประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) โดยกุมารแพทย์ แพทย์/บุคลากรที่ผ่านการอบรม หากยังพบไม่สมวัย เด็กจะถูกส่งต่อเพื่อพบกุมารแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) หรือโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หรือโรงพยาบาลจิตเวช ตามระบบต่อไป เพื่อประเมินพัฒนาการซ้ำด้วย TDSI และตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ตาม CPG รายโรค และให้การดูแลรักษาแก้ไขตามปัญหาและติดตามเป็นระยะ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและครอบครัวต่อไป

2. กระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกระบวนการดังนี้

2.1 จัดกระบวนการเรียนรู้กระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม แก่แกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครูผู้ดูแลเด็ก ในการขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันพลัสสู่ 2,500 วัน ที่ครอบคลุมการดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ

0 - 2 ปี รวมถึงครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มหญิงหลังคลอด ที่จะส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการยกระดับการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D ในเขตพื้นที่ของตำบลทั้งหมด

2.2 จัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSMP-based Family-mediated Preschool Parenting Program; Triple P) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ครอบคลุมการดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 2 - 5 ปี ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างความพร้อม เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการประเมินความรู้เบื้องต้นของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย สอดแทรกกิจกรรมส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองเห็นความสำคัญเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต (Diet) ความสำคัญของฟันน้ำนม (Dental) และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 การสร้างสายใย เป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกิจกรรม ผู้ปกครอง และเด็ก เพื่อให้เกิดกลุ่มสัมพันธ์ที่ดีและนำไปสู่การเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม ให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างความฉลาดทางอารมณ์ สร้างประสบการณ์เชิงบวกในการฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของพัฒนาการ (Development) ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 การสร้างวินัย เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองและให้ความรู้เรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลงโทษที่ไม่เหมาะสม เช่น การลงโทษที่รุนแรง หรือการลงโทษทางร่างกาย ส่งเสริมให้พ่อแม่ผู้ปกครองได้ตระหนักถึงการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก

ปฐมวัยด้วยคู่มือ DSPM/DAIM และโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Development) การติดตามการเจริญเติบโต พฤติกรรมการกินอาหารที่เหมาะสม (Diet) ฝึกทักษะผู้ปกครองในการดูแลเด็กให้สามารถแปรงฟัน กำจัดคราบจุลินทรีย์ และเพิ่มการสัมผัสฟลูออไรด์ให้เด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dental) และสร้างความตระหนักในการเพิ่มความปลอดภัยในบ้านระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 การสร้างเด็กเก่งครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะผู้ปกครองในการมองหาข้อดีและชมเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ เพิ่มทักษะการเลี้ยงดูเด็กเพื่อเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้และการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันของเด็กแก่ผู้ปกครอง สร้างความรู้เรื่องส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามวัยผ่านการเล่น (Development&Play) พฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม (Diet) ผู้ปกครองสามารถตรวจความสะอาดและฟันผุให้เด็กได้ (Dental) และเข้าใจบทบาทและสามารถป้องกันโรคแก่เด็กได้อย่างถูกต้อง (Disease) ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 5 การสร้างเด็กเก่งครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อสร้างเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยตามทักษะพัฒนาการในคู่มือ DSPM ฝึกทักษะการสร้างวินัยเชิงบวกสำหรับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย (Development) เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย มีการเจริญเติบโตสมวัยรูปร่างสมส่วน ผู้ปกครองความตระหนักต่อความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง

2.3 ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment) การดำเนินงานในชุมชน

2.4 ประเมินประสิทธิผลของกระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันพลัส สู่ 2,500 วัน 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D 3) พัฒนาการเด็กปฐมวัย 4) ความฉลาดทาง

อารมณ์ของเด็กปฐมวัย และ 5) ทักษะผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย

3. คุณลักษณะของผู้เกี่ยวข้องข้อในการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเด็กปฐมวัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 ราย ที่เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 เพศชาย ร้อยละ 33.33 มีอายุ 3 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100 อายุสูงสุด 4 ปี 8 เดือน อายุต่ำสุด 3 ปี เด็กส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเสี่ยงจากการคลอดร้อยละ 95.56 และมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 4.44 2) ข้อมูลผู้ปกครองในการดูแลเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.56 เพศชาย ร้อยละ 4.44 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 42.22 รองลงมา มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ สถานภาพส่วนใหญ่เป็น คู่/สมรส ร้อยละ 95.56 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.78 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 20 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 5,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 84.44 สูงสุด 20,000 บาท/เดือน ต่ำสุด 3,000 บาทต่อเดือน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 77.78 รองลงมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 22.22 มีความสัมพันธ์กับเด็กที่เข้าร่วมการวิจัยโดยส่วนใหญ่เป็นแม่ ร้อยละ 57.78 รองลงมาเป็นตา/ยาย ร้อยละ 31.11 ตามลำดับ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นชนบท ร้อยละ 97.78

4. ผลของกระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ตำบล

หนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 ผลการประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันพลัส สู่ 2,500 วัน พบว่า องค์ประกอบที่ 1 กลไกการขับเคลื่อนแบบบูรณาการ คะแนนที่ได้ 100 (ผู้ประเมิน : ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับตำบล) , องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาคุณภาพงานบริการสาธารณสุขและงานบริการด้านสังคม คะแนนที่ได้ 92 (ผู้ประเมิน : ผู้แทนคลินิกฝากครรภ์ (ANC) และคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) ระดับตำบล) ,

องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะที่ได้ 93 (ผู้ประเมิน : ผู้แทนจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ระดับตำบล) และองค์ประกอบที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว คณะที่ได้ 92 ผู้ประเมิน : ผู้แทนทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ระดับตำบล) สรุปผลการประเมิน ผ่านการรับรองเป็นตำบลหัตถ์จรรยา 1,000 วันพลัส สู่ 2,500 วัน ส่วนการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D พบว่า สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ทั้ง 3 แห่ง ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D ร้อยละ 100 ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานด้านที่ 1 การบริหารจัดการ ,มาตรฐานด้านที่ 2 ครู/ผู้ดูแลเด็ก ให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย และมาตรฐานด้านที่ 3 คุณภาพเด็กปฐมวัย โดยพิจารณาทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) Diet โภชนาการและการเจริญเติบโต 2) Development & Play การส่งเสริมพัฒนาการและการเล่น 3) Dental การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และ 4) Diseases การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดภัยโรค

4.2 ผลการประเมินพัฒนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ด้าน Gross motor : GM ผ่าน ร้อยละ 86.67 ไม่ผ่าน ร้อยละ 13.33 ,ด้าน Fine Motor : FM ผ่าน ร้อยละ 68.89 ไม่ผ่าน ร้อยละ 31.11 ,ด้าน

Receptive Language : RL ผ่าน ร้อยละ 53.33 ไม่ผ่าน ร้อยละ 46.67 ,ด้าน Expressive Language : EL ผ่าน ร้อยละ 62.22 ไม่ผ่าน ร้อยละ 37.78 ,ด้าน Personal and Social : PS ผ่าน ร้อยละ 71.11 ไม่ผ่าน ร้อยละ 28.89 สรุปผลการประเมินพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 97.78 พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 2.22 และผลการประเมินพัฒนาการ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พัฒนาการทั้ง 5 ด้าน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100

4.3 ผลการประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ความฉลาดทางด้านอารมณ์ ด้านดี ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 88.89 ,ด้านเก่ง ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 86.67 และด้านสุข ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 91.11 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ความฉลาดทางด้านอารมณ์ ด้านดี ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 88.89 ,ด้านเก่ง ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 91.11 และด้านสุข ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 100

4.4 ผลการประเมินทักษะพฤติกรรมของ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ทักษะพฤติกรรมของผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 และหลังก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 91.11 ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 8.89 และภาพรวม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยมีทักษะพฤติกรรม สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ดังตาราง 1)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะพฤติกรรมผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย ก่อน และหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=45)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ทักษะพฤติกรรมผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย	94.6	1.21	116.54	11.46	13.52	<0.001*

(*) Statistically Significant at $p < 0.05$,Using Paired t-test

สรุปและอภิปรายผล

กระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้าง อำเภอสสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยการประยุกต์ใช้ควบคู่กับการขับเคลื่อนตำบลหัตถ์จรรยา

1,000 วัน พลัส พบว่า ทุกองค์ประกอบผ่านการประเมินรับรองเป็น ตำบลหัตถ์จรรยา 1,000 วันพลัส สู่ 2,500 วัน⁶ เนื่องจากเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มหญิงหลังคลอด และกลุ่มเด็ก

ปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยอาศัยกลไกของ 3 หมอ โดยเฉพาะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย และครอบคลุมที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตต่อการพัฒนาการเด็กของ สิริรัตน แสงศิริรักษ์ และเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์⁹ เมื่อศึกษาติดตามเด็กทารกที่คลอดจากครรภ์มารดาทั้งสองกลุ่ม พบว่าทารกที่มารดาเข้าร่วมโครงการมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าทารกที่มารดาไม่ได้เข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ช่วงอายุ 9 เดือน ($p=0.001$) และ 18 เดือน ($p=0.003$) นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าร่วมโครงการสัมพันธ์กับการที่สามีย่อยเลี้ยงดูลูก ($p=0.00$) การที่ทารกได้กินนมแม่จนครบ 6 เดือน ($p=0.00$) การได้รับยา Triferdine ($p=0.06$) และทารกที่เข้าร่วมโครงการมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,066.4 (+292.7) กรัม มากกว่าทารกที่คลอดกลุ่มมารดาไม่ได้เข้าโครงการ⁹ และการศึกษาของ ฐาปนิต อมรชินธนา¹⁰ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบาย โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ภาควิชาที่เกี่ยวข้องและหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานก่อนและหลังการขับเคลื่อนโครงการ พบว่า หลังการขับเคลื่อนโครงการ อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือน และเด็กอายุ 0 – 2 ปี มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 4) ด้านผลกระทบ พบว่า เด็ก 0-2 ปี มีการเจริญเติบโตเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การกำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน กิจกรรมการแก้ไขปัญหาเกิดจากการใช้ข้อมูลจริง¹⁰

สำหรับผลการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D พบว่าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D ร้อยละ 100 ทั้งมาตรฐานด้านการบริหารจัดการ ,มาตรฐานด้านครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย และมาตรฐานด้านคุณภาพเด็กปฐมวัย โดยพิจารณาทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ Diet โภชนาการและการเจริญเติบโต ที่มุ่งเน้นการจัดทำเมนูอาหารที่มีความปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม ,Development & Play การส่งเสริมพัฒนาการและการเล่น มุ่งเน้นให้ครูผู้ดูแลเด็กสามารถเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM ได้ พร้อมทั้งส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านการเป็น อิสระ (3F : Family free Fun) ,Dental การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย มุ่งเน้นให้เด็กปฐมวัยทุกคนต้องแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และมีกิจกรรมตรวจฟันและที่สำคัญที่สุดในยุคโควิด-19 คือ Diseases การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดภัย มุ่งเน้นให้ครูผู้ดูแลเด็กดูแลสุขภาพแวดล้อมที่สะอาดเหมาะสม เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการสอนให้เด็กรู้จักล้างมือ สวมหน้ากาก และจัดกิจกรรมแบบ small group เพื่อลดการสัมผัสโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ วาธินี วงศาโรจน์ , โชติ บัณฑิต และศรัชัย ท้าวมิตร¹¹ ได้ศึกษารูปแบบการบริหารการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ในจังหวัดสระบุรี พบว่า สภาพปัจจุบันและปัญหาการบริหารการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ คือ พัฒนาการเด็กและการเล่น การเจริญเติบโตและโภชนาการสุขภาพช่องปาก และฟัน และสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000, .001 ตามลำดับ¹¹

กระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตพื้นที่ตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยการประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่มเด็ก 3 - 5 ปี หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งส่วนใหญ่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language : RL) ร้อยละ 46.67 รองลงมา ได้แก่ ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language : EL) ร้อยละ 37.78 และด้านด้นกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor : FM) ร้อยละ 31.11 ร่วมกับผู้ปกครอง พบว่า ทั้งหมดกลับมามีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของสรายุจิต อินสร และคณะ⁵ เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3 – 5 ปี จังหวัดมหาสารคาม พบว่า เด็กมีพัฒนาการโดยรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น ส่วนพัฒนาการในรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ยกเว้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ซึ่งมีพัฒนาการผ่านเท่าเดิม เนื่องจากการร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม Triple P และการร่วมติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารายบุคคลที่บ้าน ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการและการเลี้ยงดูเด็กในชุมชนที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลพรรณ สังข์สกุล และคณะ¹² ที่พบว่า แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ ถึงแม้ว่าครอบครัวจะมีบทบาทหลักในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แต่ต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน ร่วมกับการสนับสนุนจากภาครัฐที่ต้องทำงานอย่างเป็นรูปธรรม¹² ทั้งนี้ การเน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วมจากครอบครัว การสะท้อนคืนกลับข้อมูล การให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูหลักและส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม Triple P รวมถึงการจัดเวทีสะท้อนคืนกลับข้อมูล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้งานส่งเสริมพัฒนาการเด็กครอบคลุมในทุกมิติ

และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก¹³ ที่พบว่า เมื่อครอบครัวเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ จะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เป็นเงื่อนไขและปัจจัยสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ขณะเดียวกันระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ภาพรวม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ทั้งด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข เท่ากับ ร้อยละ 89.88 ,91.11 และ 100 ตามลำดับ ซึ่งบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากคู่มือ DSPM ที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย และปฏิบัติได้ที่บ้านผ่านกิจกรรม “กอด เล่า เล่น ร้อง เต้น วาด สร้างสมาธิ” ร่วมกับการเสริมพลังแก่ผู้ปกครองให้มีความรู้และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่า การประเมินคัดกรองเพียงอย่างเดียว¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ สรายุจิต อินสร และคณะ⁵ ที่พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการ การสร้างวินัยเชิงบวก และความฉลาดทางอารมณ์ของช่วงวัยนี้จะส่งผลถึงบุคลิกภาพ ความสามารถในการเรียนรู้และสติปัญญา เมื่อสู่วัยเรียนและเมื่อโตเป็นวัยผู้ใหญ่ในอนาคตได้⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ยะวิบูลชาญ¹⁴ ที่พบว่า โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการใช้กิจกรรม เนื่องจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์จากโปรแกรม Triple P ตามแนวทางของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์¹⁴ รวมถึงทักษะพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ภาพรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทักษะพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์ทั้งหมด ร้อยละ 100 และมีทักษะพฤติกรรม สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p

<0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ยะวิญญาญ¹⁴ ที่พบว่า โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกเพิ่มขึ้น¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ สลิลปรามไทย์¹⁵ พบว่า จากการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เลี้ยงดูหลักที่มุ่งเน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญและการเข้าใจบทบาทของตนเองโดยเฉพาะผู้ปกครองที่เน้นการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง และผู้เลี้ยงดูหลักมีทักษะพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากับมามีพัฒนาการสมวัยเพิ่มมากขึ้น¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของวลัยพร ศรีรัตน์, สุขุมเฉลยทรัพย์ และชนะศึก นิชานนท์¹⁶ ปัจจัยที่ส่งผล

ต่อความฉลาดทางอารมณ์ เป็นผลจากผู้เลี้ยงดูหลักปฏิบัติเป็นประจำที่บ้าน รวมถึงการช่วยแนะนำการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสมให้กับครอบครัวข้างเคียงด้วย¹⁶ ส่งผลให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลที่ส่งผลลัพท์ทางสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนจากคณะผู้บริหารของ คปสอ.สามชัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและคำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณคณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลหนองช้าง ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน ครูผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยหวังว่าการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์,อมรา ธนศุภรัตน,กิริติ ลิมสืบเชื้อ,บรรณาธิการ. โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program ;Triple P). เชียงใหม่ : บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด : 2565. [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค.2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/bp/files/modelkid.pdf>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ระบบฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข HDC : Health Data Center ; 2565.
3. จันทร์อาภา สุขทรัพย์, บรรณาธิการ. เติบโต สร้างเด็กไทย ไอคิวดี การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ปิยอนต์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2565
4. สถาบันพัฒนานามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.
5. สราญจิต อินศร , ยศสยา อ่อนคำ และฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3 – 5 ปี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564 ; 10 : 143 – 60.
6. วรสิทธิ์ พึ่งพันธ์ ,วรภรณ์ จิตอารี และภาพิมล บุญอึ้ง. แนวทางการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน. นนทบุรี. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ; 2565.
7. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7. คู่มือประกอบการจัดกิจกรรม Smart Kids Area 7 : SA. ขอนแก่น ; 2566.
8. สำนักนโยบายการพัฒนากิจการเด็กปฐมวัย กระทรวงศึกษาธิการ. แผนพัฒนากิจการเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564 – 2570. กรุงเทพฯ. บริษัท พริกหวานกราฟฟิค จำกัด ; 2564.
9. สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์ และเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์. ประสิทธิภาพของโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตต่อพัฒนาการเด็กของ. วารสารการแพทย์ 2563 ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 (2020) : มกราคม-เมษายน 2563.

10. ฐาปนิต อมรชินธนา. การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบาย โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565 ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (2022) : มกราคม-เมษายน 2565.
11. วาธินี วงศาโรจน์ ,โชติ บดีรัฐ และศรชัย ท้าวมิตร. รูปแบบการบริหารการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ในจังหวัดสระบุรี. Journal of Roi Kaensarn Academi ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 (2024) : มีนาคม 2567.
12. วิมลพรรณ สังข์สกุล ,ปัทมา ผ่องศิริ ,จรรยาศรี มีหนองหว้า และวิภาวี พลแก้ว. สถานการณ์และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2564; 1:1-18
13. ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย 2559 ; 11 : 99-109.
14. จุฬาลักษณ์ ยะวิญชาญ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2562 ; 1 : 70 – 85.
15. เบญจมาศ สลิลปราโมทย์. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566 ; 3 : 114 - 25.
16. วลัยพร ศรีรัตน์ ,สุชุม เฉลยทรัพย์ และชนะศึก นิชนานท์ (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์. Journal of Roi Kaensarn Academi ปีที่ 6 ฉบับที่ 10 ประจำเดือนตุลาคม 2564.

ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านนาสระ ตำบลท้ายสำเภา อำเภोधรพรม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors affecting elderly falls in Ban Na Sra Sub-district health promoting hospital, Thai
Samphao Sub-district, Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: May 30,2024 ; Revised: June 5,2024 ; Accepted: June 19,2024)

สายพิน โต๊ะหิม¹ธนศ สังข์ศรี²

Saipin Toheem¹ Tanes Sangsri²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ การสำรวจแบบภาคตัดขวางของงานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในตำบลท้ายสำเภา ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 145 ราย ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและวิเคราะห์สถิติพรรณนา ไคสแควร์ และการถดถอยลอจิสติก

จากการสำรวจผู้สูงอายุในตำบลท้ายสำเภาพบความชุกของการหกล้มในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เท่ากับ 26.89% มีสาเหตุมาจากปัจจัยภายในที่มีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) คือ ปัญหาการทรงตัวทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มได้ 6.79 เท่า (Odds Ratio = 6.79; CI 95% (2.14-21.48)) นอกจากนี้พบว่าการจัดการปัจจัยภายนอกให้มีสภาพแวดล้อมในบ้านที่ปลอดภัย เช่น มีแสงสว่างชัดเจน ช่วยป้องกันการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.004$) (Odds Ratio = 0.17; CI 95% (0.05-0.58)) และการจัดวางสิ่งของภายในบ้านให้เป็นระเบียบช่วยลดโอกาสในการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.003$) (Odds Ratio = 0.08; CI 95% (0.01-0.43))

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, อุบัติเหตุหกล้ม, ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม

Abstract

The purpose of this study was to determine the prevalence of falls among the elderly in the community, as well as to examine risk factors for falls associated with internal and external factors to protect against future falls. This cross-sectional study employed a survey design to collect data from older adults aged ≥ 60 living in Thai Samphao Sub-district, between October and November 2023.

This finding revealed that the elderly in Thai Sampao Sub-district had a fall prevalence of 26.89% during the previous year. This was influenced by a substantial significant intrinsic factor ($P < 0.05$), which is balance impairments, which lead elderly persons to fall 6.79 times (Odds Ratio = 6.79; CI 95% (2.14-21.48)). In addition, this study also exhibited that external factors including clear lighting, can help to reduce the risk of falling ($P = 0.004$) (Odds Ratio = 0.17; CI 95% (0.05-0.58)), as well as having kinds of stuff arranged in the house minimizes the chance of falling ($P = 0.003$) (Odds Ratio = 0.08; CI 95% (0.01-0.43)).

Keywords: Elderly people, accidental fall, risk factor for fall

บทนำ

การหกล้มเป็นสัญญาณที่แสดงถึงความอ่อนแอของร่างกาย ข้อจำกัดของการทรงตัวที่เป็นสาเหตุของอาการบาดเจ็บเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและการดำรงชีวิตโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยัง

มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลจนไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ และส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตได้¹ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในผู้สูงวัยส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการแตกหักของสะโพก กระดูกเชิงกราน กระดูกต้นแขน และขา² การจัดการสาเหตุของการหกล้มได้ตรงจุดเป็น

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสระ ตำบลท้ายสำเภา อำเภोधรพรม กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ Corresponding Author

การป้องกันที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว³ ข้อมูลการศึกษาวิจัยพบว่า การหกล้มมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและสามารถนำไปสู่การป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้นั้นมีความแตกต่างกันของปัญหาขึ้นกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของแต่ละบุคคลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญซึ่งข้อมูลเหล่านี้ยังมีข้อจำกัด⁴ หลังจากการหกล้มทำให้เกิดอาการที่พบได้บ่อยที่สุด ได้แก่ ความเจ็บปวด รอยขีด บาดแผล กระดูกแขนขาและสะโพกหัก และ/หรือเลือดออกในกะโหลกศีรษะในกรณีที่รุนแรง และมักพบว่า มีผลกระทบด้านสุขภาพที่ร้ายแรงโดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายใน ได้แก่ มีประวัติเคยหกล้ม การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และสภาวะสุขภาพต่าง ๆ เช่น มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถทรงตัวและเดินได้เป็นปกติ ตาพร่ามัวทำให้มองเห็นไม่ชัดเจนและ/หรือมีปัญหาการได้ยิน มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและโรคกระดูกพรุน^{2,3} ปัจจัยภายนอกที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น พื้นลื่น พื้นต่างระดับ แสงสว่างไม่ชัดเจน มีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน หรือไม่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เช่น ออกกำลังกาย น้อยหรือไม่ทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้กล้ามเนื้อแข็งแรง⁵ นอกจากนี้การหกล้มยังเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในการรักษาทางและการแก้ไขให้ทันเวลาเพื่อหลีกเลี่ยงการล้มซึ่งสัมพันธ์กับการทำงานของระบบประสาทสัมผัสของร่างกายที่มีการประมวลผลบกพร่อง⁵ มีรายงานพบว่ายาบางชนิดสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ยาระงับประสาท ยารักษาอาการทางจิต ยาแก้ซึมเศร้า สารต้านพาร์กินสัน ยาฝิ่น ยาแก้ชัก ยาคลายกล้ามเนื้อ และ NSAIDs/ยาต้านโรคไขข้อ ยาต้านลิ่มเลือดอุดตัน ยาต้าน angiotensin II และยาลดไขมัน^{6,7}

การหกล้มเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงหลายประการและความเสี่ยงมักจะเพิ่มขึ้นในเชิงเส้นตรงตามปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นโดยอุบัติการณ์ของการหกล้มเปลี่ยนจาก 8% เป็น 78% ในประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยง 4 อย่างหรือมากกว่า⁸ โดยเฉพาะอายุที่เพิ่มขึ้นจะยิ่งเสี่ยงต่อการหกล้มและได้รับบาดเจ็บมากยิ่งขึ้นโดยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่ทำให้เกิดกระดูกหัก

โดยเฉพาะสะโพกได้มากกว่า 50% ของกรณีหกล้มทั้งหมด⁹ ที่น่าสังเกตคือผู้หญิงมักจะเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้ชาย โดยผู้หญิงอายุมากกว่า 70 ปี มีแนวโน้มที่จะกระดูกหักจากการหกล้มและมักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น ความดันเลือดต่ำ โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน เบาหวาน ต้อกระจก โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่¹⁰ ยังรวมถึงปัญหาการนอนไม่หลับ การดื่มแอลกอฮอล์ มีประวัติเคยหกล้ม มีค่า BMI สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน การไม่ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม¹¹

ในปัจจุบันมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่นำเสนอส่วนใหญ่มักศึกษาในเขตชุมชนเมืองมากกว่าในชนบทซึ่งลักษณะประชากรทั้งสองกลุ่มไม่เหมือนกัน ผู้สูงอายุในชนบทประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นจากวัยชราและวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรม^{1,12} การสำรวจที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการหกล้มของประชากรในแต่ละพื้นที่มีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน เช่น บางรายงานพบว่าอายุไม่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม¹³ ในขณะที่บางรายงานพบว่า การหกล้มจะพบได้มากขึ้นในกลุ่มอายุ 70-79 ปี¹⁴ และมีการรายงานที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในสังคมเมืองมักมีสาเหตุที่ทำให้หกล้มมาจากการการเดินสะดุดเป็นส่วนใหญ่โดยเกิดจากอันตรายจากปัจจัยภายนอก เช่น การวางสิ่งของภายในบ้านไม่ปลอดภัย พื้นห้องน้ำลื่นและต่างระดับ พื้นผิวบ้านต่างระดับ¹⁵ ซึ่งสภาพแวดล้อมในชนบทแตกต่างจากในเมือง เช่น บ้านมีไต้ถุน พื้นขัดมันแบบลื่น มีบันได แสงสว่างไม่ชัดเจน¹⁵ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานสาเหตุของการหกล้มในชุมชนตำบลท่ายสำเภอาจมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยที่มาจากภายในและภายนอกและพฤติกรรมส่วนบุคคลด้วย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านนาสระ ให้บริการแก่ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 1,297 ราย¹⁶ ที่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและความจำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ การ

หาสาเหตุของการหกล้มจึงเป็นสิ่งจำเป็นเบื้องต้นที่จะต้องศึกษาให้ตรงจุดเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและนำมาใช้ในการวางแผนการป้องกัน แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลท้ายสำเภามาก่อน จึงยังขาดข้อมูลที่สำคัญในส่วนนี้ ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลท้ายสำเภา อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในผู้สูงอายุ ≥ 60 ปีในตำบลท้ายสำเภา เกณฑ์การยกเว้นคือผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในความดูแลทุพพลภาพขั้นรุนแรงและ/หรือมีปัญหาในการสื่อสาร โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power ใช้ Chi-square test ที่ความเชื่อมั่น $P\text{-value} = 0.05$ อำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.8 ระดับขั้นความเสรี (degree of freedom) = 5 ขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (medium size) เท่ากับ 0.3^{17} ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 143 ราย และปรับเป็น 145 ราย เพื่อป้องกันในกรณีข้อมูลสูญหาย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการสำรวจ ได้แก่ 1) แบบสำรวจข้อมูลประชากร มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ 2) แบบสำรวจปัจจัยภายใน มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 หมวด ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิตและสถานะสุขภาพกายและจิต 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยภายนอก มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ ลักษณะที่พักอาศัย บ้านใด ลักษณะพื้นในบ้าน แสงสว่าง การจัดวางสิ่งของภายในบ้าน ลักษณะโถส้วม ราวจับในห้องน้ำ พรหมเช็ดเท้า รองเท้า สัตว์เลี้ยง เด็กเล็ก อุปกรณ์ช่วยการเดิน และเก้าอี้ และ 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติของการหกล้ม มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ ท่านเคยหกล้มหรือไม่ สาเหตุของการหกล้ม สถานที่ของการหกล้ม อาการหลังการหกล้ม การรักษา

หลังจากการหกล้ม โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านพยาบาลปฐมภูมิและองค์รวม จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruency Index) เท่ากับ 0.93 มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.86 จากการทดลองกับผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผู้สูงอายุเป็นการส่วนตัวโดยการสัมภาษณ์ในสภาพแวดล้อมที่สะดวกสบายสำหรับผู้เข้าร่วมระหว่างเดือนเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2566 ข้อมูลและแบบฟอร์มได้รับการตรวจสอบเพื่อความถูกต้องครบถ้วนใน excel ก่อนที่ข้อมูลจะถูกถ่ายโอนไปยังโปรแกรม R

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากการสำรวจมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม R เวอร์ชัน 4.3.2 (<https://www.r-project.org>) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทางสังคมและประชากรศาสตร์ของผู้เข้าร่วม วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มไม่หกล้มและหกล้มด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มด้วยสถิติการถดถอยลอจิสติก กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

จริยธรรมวิจัย

การบวนการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์เลขที่ F-08/2566 ผู้เข้าร่วมการศึกษากรอกแบบสอบถามโดยไม่ต้องให้ข้อมูลระบุตัวตนใด ๆ ผู้เข้าร่วมมั่นใจได้ว่าคำตอบที่ให้ไว้จะเป็นความลับและไม่เปิดเผยตัวตนและยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมในการศึกษานี้ทั้งหมดคิดเป็น 100% (145/145 ราย) พบว่าประกอบด้วยสัดส่วนผู้หญิงเป็นหลักและมีอายุเฉลี่ย 72.68 ± 25.63 ปี (IQR= 65, 75) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีสถานะสมรส อาศัยอยู่กับบุตร มีงานทำ (53.80%) มีรายได้ไม่เกิน 6,000 บาทต่อเดือน (86.90%) และมี

แหล่งที่มาของรายได้จากการประกอบอาชีพ (53.10%)

ผู้สูงอายุในชุมชนท้ายสำเภาเคยหกล้มตลอด 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 39 ราย (26.89%) สาเหตุของการหกล้มส่วนใหญ่มาจากการสูญเสียการทรงตัว/เซ (48.70%) เดินสะดุดและก้าวพลาด (15.4% และ 15.4% ตามลำดับ) เข่าอ่อน (12.8%) เป็นลม (7.7%) เป็นผลให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย (ฟกช้ำ ปวด และ แผลถลอก) (56.40%) และหลังการหกล้มพบว่า สัดส่วนการไปโรงพยาบาลใกล้เคียงกันกับการไม่รักษา ใด ๆ และการรักษาด้วยตนเอง โดยสถานที่ที่หกล้มเกิดขึ้นที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ (76.90%)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้ม พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติหกล้มและกลุ่มที่มีประวัติหกล้ม คือ ลักษณะประชากร ได้แก่ โรคประจำตัว ($P = 0.002$) ปัญหาการทรงตัว (P

< 0.001) และการรับประทานยาเป็นประจำ ($P = 0.014$) ปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) กับการหกล้ม ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว การรับประทานยาเป็นประจำ มีปัญหาในการเดิน และการทรงตัว และกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ แสงสว่างไม่ชัดเจน การวางสิ่งของกีดขวางทางเดินภายในบ้าน และปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การไม่ดูแลสุขภาพโดยเฉพาะการไม่ออกกำลังกาย (ตารางที่ 1) จากการนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญต่าง ๆ มาวิเคราะห์ร่วมกันบ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหกล้มในชุมชนท้ายสำเภา คือ ปัญหาการทรงตัว ($P = 0.001$) แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ (ไม่ชัดเจน) ($P = 0.004$) และการวางสิ่งของภายในบ้านไม่เป็นระเบียบ ($P = 0.003$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกแบบสองตัวแปร (ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม)

ปัจจัย	Odd ratio	95% CI	P-value
เพศ			
หญิง	Reference	-	-
ชาย	0.83	0.37-1.86	0.655
อายุ (ปี)			
60-64	Reference	-	-
65-69	3.84	1.00-14.72	0.049
70-74	4.66	1.11-19.58	0.035
75 ขึ้นไป	4.66	1.19- 18.25	0.026
โรคประจำตัว			
ไม่มี	Reference	-	-
มี	4.68	1.96-11.13	<0.001
ยาที่รับประทานประจำ			
ไม่มี	Reference	-	-
มี	3.37	1.36-8.32	0.008
ปัญหาการเดิน			
ไม่มี	Reference	-	-
มี	4.67	2.13-10.22	<0.001
ปัญหาการทรงตัว			
ไม่มีปัญหา	Reference	-	-
มีปัญหา	8.85	3.75-20.88	<0.001
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
ไม่มีปัญหา	Reference	-	-
มีปัญหา	3.64	1.60-8.28	0.002

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบสองตัวแปร (ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม)

ปัจจัย	Odd ratio	95% CI	P-value
แสงสว่างในบ้าน			
ไม่ชัดเจน	Reference	-	-
ชัดเจน	0.11	0.05-0.26	<0.001
การจัดวางของภายในบ้าน			
ไม่เป็นระเบียบ	Reference	-	-
เป็นระเบียบ	0.12	0.04-0.39	<0.001
ลักษณะโถส้วม			
ส้วมนั่งยอง	Reference	-	-
โถนั่งหรือชักโครก	0.89	0.42-1.88	0.777
มีส้วมเลียในบ้าน			
ไม่มี	Reference	-	-
มี	1.36	0.61-3.04	0.448
มีเด็กเล็กในบ้าน			
ไม่มี	Reference	-	-
มี	1.08	0.45-2.60	0.859
การออกกำลังกาย			
ไม่ออกกำลังกาย	Reference	-	-
≤ 3 ครั้งต่อ สัปดาห์	0.33	0.14-0.79	0.013
>3 ครั้งต่อสัปดาห์	0.23	0.08-0.64	0.005

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม)

ปัจจัย	Odd ratio	95% CI	P-value
ช่วงอายุ 65-69 ปี	3.13	0.53-18.30	0.204
ช่วงอายุ 70-74 ปี	1.86	0.30-11.51	0.499
ช่วงอายุ 75 ขึ้นไป	1.35	0.20-8.81	0.752
โรคประจำตัว	4.23	0.70-25.35	0.114
มียาที่รับประทานประจำ	0.28	0.03-2.18	0.227
ออกกำลังกาย ≤ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	0.58	0.16-2.05	0.400
ออกกำลังกาย >3 ครั้งต่อสัปดาห์	0.76	0.18-3.29	0.724
มีปัญหาในการเดิน	0.66	0.15-2.82	0.585
มีปัญหาในการทรงตัว	6.79	2.14-21.48	0.001
มีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่	2.13	0.60-7.45	0.236
มีแสงสว่างภายในบ้านชัดเจน	0.17	0.05-0.58	0.004
วางของในบ้านเป็นระเบียบ	0.08	0.01-0.43	0.003

หมายเหตุ: CI = confidence interval

สรุปและอภิปรายผล

การหกล้มมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการทำให้เกิดความเสี่ยงในการหกล้มยังมีปัจจัยเสี่ยงจำนวนมากขึ้นจะเพิ่มโอกาสของการหกล้มมากขึ้นตามไปด้วย ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนตำบลท้ายสำเภาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มที่มีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) 3 ปัจจัย คือ การมีปัญหาในการทรงตัว ภายในบ้านมีแสงสว่างไม่ชัดเจน และมีสิ่งของวางไม่เป็นระเบียบ ข้อมูลที่ได้นี้จะนำไปใช้ในการวางแผนทางป้องกันการหกล้มได้ตรงจุดเพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่

งานวิจัยนี้ได้เปิดเผยข้อมูลที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนหกล้มโดยพบว่าการหกล้มที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และพฤติกรรมส่วนบุคคลซึ่งมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$)

ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกแบบสองตัวแปรแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปจะเสี่ยงต่อการหกล้มได้ถึง 4.66 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงอายุ 60-65 ปี เช่นเดียวกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าการหกล้มจะพบได้มากขึ้นในกลุ่มอายุ 70-79 ปี¹⁴ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากเมื่อเข้าสู่วัยชราร่างกายจะมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและกระดูกทำให้ความมั่นคงและความแข็งแรงในการพยุงร่างกายลดลงไปด้วย¹⁸ การมีโรคเรื้อรังทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มถึง 4.68 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่มีโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับรายงานก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกันหลายโรคจะพบความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำได้มากยิ่งขึ้น¹⁹ เช่นเดียวกับการรับประทานยาเป็นประจำซึ่งหมายถึงการรับประทานยาอย่างน้อย 1 ชนิดเป็นประจำทุกวันติดต่อกันเป็นเวลานานเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากยิ่งขึ้น⁶

มีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามจำนวนยาที่รับประทาน (Poly-Pharmacy) ต่อวัน²⁰ การศึกษานี้ได้เปิดเผยข้อมูลที่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินได้เป็นปกติจะยิ่งเพิ่มโอกาส

เสี่ยงในการหกล้มได้ถึง 4.67 เท่า และการมีปัญหาในการทรงตัวจะยิ่งเสี่ยงต่อการหกล้มได้ถึง 8.85 เท่า การหกล้มในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักพบว่ามีอาการเกี่ยวข้องกับความรู้สึกกลัวที่จะหกล้มซึ่งมีผลทำให้ไม่ยอมทำกิจกรรมใด ๆ ที่จะต้องมีการขยับร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและจำกัดความสามารถของแขนขาส่วนล่างในการพยุงร่างกาย⁵ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้มีโอกาสหกล้มได้ 3.64 เท่า เทียบกับผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะได้ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าการที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้จะหกล้มได้สูงถึง 4 เท่า⁵ ภาวะนี้เกิดขึ้นเมื่อร่างกายเข้าสู่วัยชราทำให้ความสามารถในการควบคุมปัสสาวะลดลงซึ่งอาจเกิดจากความอ่อนแอหรือความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์และท่อปัสสาวะโดยเฉพาะกล้ามเนื้อหูรูดเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น²¹ โดยเฉพาะการรับประทานยาบางประเภท เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาแก้ปวดท้อง หรือยาคลายกล้ามเนื้อกระดูกจะกระตุ้นให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่²²

ปัจจัยภายนอก คือ แสงสว่างในบ้านไม่ชัดเจน การวางสิ่งของกีดขวางทางเดินภายในบ้านมีความสัมพันธ์กับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) งานวิจัยนี้พบว่าการจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นระเบียบและมีความปลอดภัยช่วยลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้⁵ การศึกษานี้ได้ยืนยันข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ช่วยป้องกันการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) เช่น การออกกำลังกาย >3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งจากงานของ Sun และคณะ²³ พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย ≥ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้วยการเดิน การรำไทเก๊ก การจ็อกกิ้ง และแอโรบิกอย่างต่อเนื่องช่วยป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกหลายตัวแปรพบว่ามี 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัว มีแสงสว่างภายในบ้านน้อยหรือไม่ชัดเจน และการวางสิ่งของใน

บ้านไม่เป็นระเบียบ ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่สูญเสียการทรงตัวจะเสี่ยงต่อการหกล้มได้ถึง 6.79 เท่า ซึ่งความสมดุลของร่างกายเกี่ยวข้องกับการรับข้อมูลทางประสาทสัมผัสและการกำหนดท่าทาง^{24, 25} นอกจากนี้ ปัจจัยภายนอกด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยเป็นตัวแปรที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม โดยเฉพาะในการศึกษานี้พบว่า การวางสิ่งของกีดขวางทางเดินหรือการจัดวางไม่เป็นระเบียบมีผลทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มโดยการศึกษานี้ได้บ่งชี้ให้เห็นว่าการจัดการสิ่งของภายในบ้านให้เป็นระเบียบจะช่วยป้องกันการหกล้มได้ ($P = 0.003$) เช่นเดียวกับรายงานก่อนหน้านี้พบว่าสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่ปลอดภัยส่งผลให้เกิดเหตุการณ์หกล้มได้มากยิ่งขึ้น²⁶

งานวิจัยนี้ได้รายงานความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุในตำบลท้ายสำเภา 3 ปัจจัย และได้ข้อแนะนำจากการศึกษานี้ในการวางกลยุทธ์ป้องกันการหกล้ม คือ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่รับประทานต่อเนื่องเป็นประจำ การจัดระเบียบการวางสิ่งของภายในบ้าน และการออกกำลังกาย^{27, 28} จะเห็นได้ว่าปัจจัยภายในและภายนอกรวมทั้งพฤติกรรมเหล่านี้ อาจเป็นเพียงอันตรายเล็กน้อยสำหรับบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงแต่อาจเป็นความเสี่ยงที่สำคัญในผู้สูงอายุ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาในประชากรผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อตรวจสอบปัจจัยและพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการหกล้มจะทำให้ได้ข้อมูลในการแก้ปัญหาได้ตรงจุดกับพื้นที่ พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการหกล้ม ได้แก่ การมีปัญหาในการทรงตัว ภายในบ้านมีแสงสว่างไม่ชัดเจน การวางสิ่งของภายในบ้านไม่เป็นระเบียบ และการไม่ออกกำลังกาย นอกจากนี้ ยาที่ผู้สูงอายुरับประทานเป็นประจำอาจมีผลข้างเคียงที่ส่งผลต่อการหกล้มได้ ดังนั้น การอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้หกล้มจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการยกระดับความปลอดภัยเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างยาที่ผู้สูงอายुरับประทานเป็นประจำกับภาวะการสูญเสียการทรงตัวเพื่อดูผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จได้ต้องขอขอบพระคุณนายชัยกร บันลือพีช ผู้อำนวยการ รพ.สต. บ้านนาสระ นางศุภรัตน์ ไชยชนะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (Care manager) รพ.สต. บ้านนาสระ นางนิศา ดิษฐฐาน และนางชนิกานต์ วัฒนภิรมย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (Care manager) โรงพยาบาลพระพรหม ในการอนุเคราะห์ข้อมูลและสนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- 1.Zhang L, Ding Z, Qiu L, Li A. Falls and risk factors of falls for urban and rural community-dwelling older adults in China. BMC Geriatr. 2019;19(1):379.
- 2.Freire LB, Brasil-Neto JP, da Silva ML, Miranda MGC, de Mattos Cruz L, Martins WR, et al. Risk factors for falls in older adults with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2024;24(1):201.
- 3.Deng R, Li B, Qin M, Yu X, Sun J, Jiao F, et al. The characteristics and risk factors of fatal falls among adults aged 60 and above in Southwest China. Sci Rep. 2024;14(1):7020.
- 4.Hayashi S, Misu Y, Sakamoto T, Yamamoto T. Cross-Sectional Analysis of Fall-Related Factors with a Focus on Fall Prevention Self-Efficacy and Self-Cognition of Physical Performance among Community-Dwelling Older Adults. Geriatrics (Basel). 2023;8(1).

- 5.Nugraha S, Sabarinah S, Susilowati I, Rahardjo T. Intrinsic and Extrinsic Risk Factor for Fall among Community Dwelling Indonesian Elderly. Scientific Foundation SPIROSKI, Skopje, Republic of Macedonia. 2022;10(B):619-24.
- 6.Jung YS, Suh D, Kim E, Park HD, Suh DC, Jung SY. Medications influencing the risk of fall-related injuries in older adults: case-control and case-crossover design studies. BMC Geriatr. 2023;23(1):452.
- 7.Zhou S, Jia B, Kong J, Zhang X, Lei L, Tao Z, et al. Drug-induced fall risk in older patients: A pharmacovigilance study of FDA adverse event reporting system database. Front Pharmacol. 2022;13:1044744.
- 8.Prudham D, Evans JG. Factors associated with falls in the elderly: a community study. Age Ageing. 1981;10(3):141-6.
- 9.Poulose N, Raju R. Aging and injury: alterations in cellular energetics and organ function. Aging Dis. 2014;5(2):101-8.
- 10.Palagyi A, McCluskey P, White A, Rogers K, Meuleners L, Ng JQ, et al. While We Waited: Incidence and Predictors of Falls in Older Adults With Cataract. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2016;57(14):6003-10.
- 11.Lee S, Oh E, Hong GS. Comparison of Factors Associated with Fear of Falling between Older Adults with and without a Fall History. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(5).
- 12.Boehm J, Franklin RC, King JC. Falls in rural and remote community dwelling older adults: a review of the literature. Aust J Rural Health. 2014;22(4):146-55.
- 13.Santos FD, Lange C, Llano PMP, Lemoes MAM, Pastore CA, Paskulin LMG, et al. Falls of elderly people living in rural areas: prevalence and associated factors. Rev Bras Enferm. 2019;72(suppl 2):177-83.
- 14.Park D, Jo H, Yoon CH, Lee ES, Oh MK, Lee CH. Fall Risk Assessment of Rural Elderly Population in Korea. Ann Rehabil Med. 2019;43(3):269-78.
- 15.Yoo JS, Kim CG, Yim J, Jeon MY. Factors influencing falls in the frail elderly individuals in urban and rural areas. Aging Clin Exp Res. 2016;28(4):687-97.
- 16.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. Health Data Center (HDC): การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2566. การเข้าถึง:
https://nrthdcmophgoth/hdc/reports/reportphp?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61. 2023.
- 17.Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155-9.
- 18.Lee A, McArthur C, Ioannidis G, Duque G, Adachi JD, Griffith LE, et al. Associations between Osteosarcopenia and Falls, Fractures, and Frailty in Older Adults: Results From the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). J Am Med Dir Assoc. 2024;25(1):167-76 e6.
- 19.Immonen M, Haapea M, Simila H, Enwald H, Keranen N, Kangas M, et al. Association between chronic diseases and falls among a sample of older people in Finland. BMC Geriatr. 2020;20(1):225.
- 20.Zaninotto P, Huang YT, Di Gessa G, Abell J, Lassale C, Steptoe A. Polypharmacy is a risk factor for hospital admission due to a fall: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. BMC Public Health. 2020;20(1):1804.
- 21.Mainu T, George S, Raj A, Rajiv M. Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence among Elderly Women Residing in Kochi Corporation: A Community-based Cross-sectional Study. J Midlife Health. 2023;14(1):15-20.
- 22.Valladales-Restrepo LF, Bedoya-Arias HA, Aristizabal-Carmona BS, Machado-Alba JE. Patterns of use of medications used to treat urinary incontinence and potentially inappropriate prescriptions. Ther Adv Urol. 2023;15:17562872231179104.
- 23.Sun M, Min L, Xu N, Huang L, Li X. The Effect of Exercise Intervention on Reducing the Fall Risk in Older Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(23).

24. Shen DC, Wu SL, Shi YZ, Wang S, Zhang YM, Wang CX. The correlation between white matter hyperintensity and balance disorder and fall risk: An observational, prospective cohort study. *Chronic Dis Transl Med*. 2016;2(3):173-80.
25. Deger TB, Sarac ZF, Savas ES, Akcicek SF. The Relationship of Balance Disorders with Falling, the Effect of Health Problems, and Social Life on Postural Balance in the Elderly Living in a District in Turkey. *Geriatrics (Basel)*. 2019;4(2).
26. Boonkhao L, Puangjan K, Ouengprasert I, Laosupap K, Bootsorn A, Junsiri S, et al. Home Environmental Factors Associated with Falls Among Elderly in Ubon Ratchathani, Thailand. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:1363-73.
27. Sharif SI, Al-Harbi AB, Al-Shihabi AM, Al-Daour DS, Sharif RS. Falls in the elderly: assessment of prevalence and risk factors. *Pharm Pract (Granada)*. 2018;16(3):1206.
28. Xiao X, Li L, Yang H, Peng L, Guo C, Cui W, et al. Analysis of the incidence of falls and related factors in elderly patients based on comprehensive geriatric assessment. *Aging Med (Milton)*. 2023;6(3):245-53.

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Severe Pneumonia with Acute respiratory distress syndrome at Kalasin Hospital : 2 case Study

(Received: June 11,2024 ; Revised: June 13,2024 ; Accepted: June 15,2024)

จิราพร ภูผาลัย¹

Chiraphon Phoophalai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ศึกษาในผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันที่มีความเสี่ยงสูงและความรุนแรงที่ต่างกันจำนวน 2 รายในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน เก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาพยาบาล เวชระเบียน การสังเกตอาการ การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ที่เหมือนกันคือ 1) แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2) ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 3) มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และเกลือแร่ในร่างกาย 4) มีการติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ 6) ญาติและผู้ป่วยมีความกังวลเนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วย สำหรับข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ที่แตกต่างกันของกรณีศึกษารายที่ 1 คือ ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และรายที่ 2 คือ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายอยู่ในภาวะเครียด

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง,ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน

Abstract

This study aimed to compare the use of the nursing process in the care of patients. It was conducted on two patients with severe pneumonia combined with acute respiratory distress syndrome of varying severity levels in the intensive care unit of Kalasin Hospital. Specific case studies were selected for patients diagnosed with severe pneumonia combined with acute respiratory distress syndrome. Data were collected from medical histories, physical examinations, laboratory tests, medical treatments, medical records, symptom observations, and interviews with the patients' relatives.

The study found that the nursing diagnoses common to both case study patients were: 1) ineffective breathing pattern due to decreased gas exchange efficiency, 2) reduced cardiac output due to septic shock, 3) electrolyte and mineral imbalance in the body, 4) infections in various body systems, 5) risk of malnutrition, and 6) anxiety in patients and relatives due to illness. The nursing diagnosis that differed for the first case was a lack of knowledge about caring for a tracheostomy patient at home, while for the second case, it was hyperglycemia due to the body's stress response.

Keyword: Severe Pneumonia, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)

¹ พย.บ.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome : ARDS) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มี การดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบากและภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) อย่างเฉียบพลัน กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ประกอบด้วยภาวะพร่องออกซิเจนและความผิดปกติของปอดทั้งสองข้าง จากภาพถ่ายรังสีของปอด มีการซึมผ่านเพิ่มมากขึ้นของของเหลวต่างๆ ที่บริเวณถุงลมและหลอดเลือดฝอยปอดและทำให้ผู้ป่วยมีภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) ซึ่งส่งผลให้เกิดการขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันที่พบได้บ่อย ได้แก่ Pneumonia, Pulmonary contusion, Drowning, Fat embolism เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันเป็นโรคที่รุนแรงและอันตราย มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40 รายงานอุบัติการณ์การเกิด ARDS และ Acute lung injury ในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1971 มีอุบัติการณ์การเกิด ARDS จำนวน 150,000 ราย/ปี และจากรายงานของ The American European Consensus Conference (AECC) พบอุบัติการณ์ของการเกิด ARDS ประมาณ 79 รายต่อประชากร 100,000 คน/ปี และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อที่รุนแรงถึงร้อยละ 82.9 มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 57.8 ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีรายงานอุบัติการณ์การเกิด ARDS และ Acute lung injury อย่างชัดเจน แต่จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคระบบหายใจประมาณ 28 ล้านคน¹

ข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2561 - 2565 พบการรายงานผู้ป่วยปอด

อักเสบตลอดทั้งปีโดยเฉลี่ยเดือนละ 20,000 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงฤดูหนาว ในปี พ.ศ. 2566 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ตุลาคม 2566 กองระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 239,197 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 361.48 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 224 ราย อัตราป่วยตาย 0.34 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.81 กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือผู้ที่มีอายุ 0 - 4 ปีเท่ากับ 2,338.76 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (1,040.02) และกลุ่มอายุ 55 - 64 ปี (325.21) ภาคที่พบอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 425.18 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคใต้ (395.64) จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น²

จังหวัดกาฬสินธุ์ข้อมูลของกระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2562-2564 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบ 2346,1862 และ 1508 รายตามลำดับ อัตราป่วยปอดอักเสบ 238.52, 190.11 และ 154.59 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อัตราตาย 66.60, 54.73 และ 50.64 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีอัตราตายสูงกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีอัตราตายสูงสุดซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน มีผู้ป่วยจำนวนมากและมีอัตราตายสูง³ จากสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยปอดอักเสบที่เข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 1,561, 1,463 และ 1,383 รายตามลำดับและผู้ป่วยปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 จำนวน 138, 172 และ 228 รายตามลำดับ ผู้ป่วยปอดอักเสบร่วมกับกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 12 ราย มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 9 ราย คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 75⁴ จากสถิติดังกล่าวโรคปอดอักเสบและผู้ป่วยปอดอักเสบร่วมกับกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน เป็นโรคที่มีอัตราการตาย 1 ใน 5 ของโรค

ในหน่วยงาน ผู้เสนอจึงมีความสนใจในการศึกษาและดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบร่วมกับกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ถูกต้องตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยหายจากโรคและปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และสามารถกลับบ้านและดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันที่มีความเสี่ยงสูงและความรุนแรงที่แตกต่างกันจำนวน 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการศึกษา

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กรณีศึกษาที่ 1 ในช่วงเวลา วันที่ 19 ตุลาคม 2565 - 29 ธันวาคม 2565

กรณีศึกษาที่ 2 ในช่วงเวลา วันที่ 18 กันยายน 2566 - 12 ตุลาคม 2566

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาพยาบาล เวชระเบียน การสังเกตอาการ การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย เพื่อทราบปัญหาและความต้องการผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์โดยนำเอาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีทางการพยาบาล แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กระบวนการพยาบาล การวางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตจนจำหน่ายกลับบ้านสู่ครอบครัวและสังคม

ผลการศึกษา

จากการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ากรณีศึกษารายที่ 2 มีความรุนแรงของโรคมามากกว่า แต่เนื่องจากกรณีศึกษารายที่ 1 มีการติดเชื้อ Melioidosis ร่วมด้วย มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและอายุมากกว่า ซึ่งมีความเสี่ยงสูงอยู่เดิมมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า และใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานกว่ากรณีศึกษารายที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
1.แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	1.แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	1. ประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วย สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 1/2-1 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน โดยดูแล On volume ventilator ปรับ setting ตามแผนการรักษาของแพทย์	กรณีศึกษารายที่ 1 -ผู้ป่วยรู้สึกตัว หลังจากได้รับยานอนหลับร่วมกับยาแก้ปวด ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ X-ray มี infiltrationลดลง ผลABGปกติ
ข้อมูลสนับสนุน S:	ข้อมูลสนับสนุน S:		

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
O: Chest X-ray : infiltration both lung -On ET-tube <u>วัตถุประสงค์</u> -ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ เองอย่างมีประสิทธิภาพ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -หายใจสัมพันธ์กับ เครื่องช่วยหายใจ -Chest X-rayปกติหรือ ผิดปกติลดลง -ผลABGปกติ -O2 sat>95%	O: หายใจหอบ RR34- 35/min X-ray: infiltration both lung -O2 sat 73-75% -ผลABG: pH=7.19 pCo2=40 pO2=79 HCO3=15.3 -On ET-tube <u>วัตถุประสงค์</u> -ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง อย่างมีประสิทธิภาพ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -หายใจสัมพันธ์กับ เครื่องช่วยหายใจหรือ หายใจหอบลดลง -ผลABGปกติ -O2 sat>95% -Chest X-rayปกติหรือ ผิดปกติลดลง	3. สังเกต และประเมินอาการลักษณะการหายใจ ของผู้ป่วย และประเมินการทำงานของเครื่องช่วย หายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และดูแล การทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานได้อย่าง ปกติ สายไม่รั่ว ไม่พับงอ ดูแลไม่ให้มีน้ำขังในสายท่อ ช่วยหายใจ 4.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อร่วมกับยา นอนหลับ และยาแก้ปวดเพื่อควบคุมการหายใจ 5. สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วย หายใจ โดยติดตามค่า SpO2 88-95% หรือค่าPaO2 55-80mmHgและ pH ไม่ ต่ำกว่า7.3 รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ PEEP สูง ต้องประเมินเสี่ยงปอดว่าเบาลงหรือ ไม่ได้ยินเสียงปอด เคาะปอด ได้ยินเสียงโปร่ง ให้ รีบรายงานแพทย์ทันที 6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดย Suction clear away ทุก 4 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่มีเสมหะด้วย เทคนิคปราศจากเชื้อ 7. จัดท่านอนที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ เช่น ท่านอนศีรษะสูง (Fowler's position) หรือท่า นอนคว่ำ (Prone position) ท่าตะแคงกึ่งคว่ำ (Park bench position)ตามแผนการรักษาของ แพทย์ 8. สังเกตอาการ Cyanosis ปลายมือ-ปลายเท้า เขียว เหงื่อแตกตัวเย็น 9. ติดตามผล chest X -ray เพื่อประเมินและ ติดตามความก้าวหน้าของปอด และติดตามผล ตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, ABG, Blood lactate 10. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วย หายใจและถอดท่อช่วยหายใจ	O2 sat 98-100% <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> -ผู้ป่วยหายใจหอบเป็นช่วงๆ หลังจากได้รับยานอนหลับ ร่วมกับยาหย่อนกล้ามเนื้อและ จัดท่าProne positionผู้ป่วย หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วย หายใจ X-ray มี infiltrationลดลง ผลABGปกติ O2 sat95-99%
2.ปริมาตรเลือดออกจาก หัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากมีภาวะช็อคจาก การติดเชื้อในกระแส โลหิต <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> O:ความดันโลหิต= 86/60(61)mmHg	2.ปริมาตรเลือดออกจาก หัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากมีภาวะช็อคจาก การติดเชื้อในกระแสโลหิต <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> O:ความดันโลหิต= 83/56(60)mmHg <u>เกณฑ์การประเมินผล</u>	1.ประเมินอาการและอาการแสดงของ ภาวะ Cardiac outputลดลงเช่น กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็น, ระดับความรู้สึกตัวลดลง, ปัสสาวะออกน้อยกว่า30 ml/hr., BP< 90/60 mmHg, MAP < 65 mmHg 2. ติดตามสัญญาณชีพทุก ½ - 1 ชั่วโมง เพื่อ ประเมินอาการแสดงของภาวะ Low Cardiac out put	<u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หลังได้รับยา กระตุ้นความดันโลหิต BP 110-129/70-83 mmHg MAP=70-98mmHg มีไข้ต่ำๆ BT37.5-37.8 C ได้รับยาตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ปัญหาและข้อมูลวินิจฉัยทางการแพทย์		กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2		
<u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -รู้สึกตัว -BT=36.5-37.4 C -BP=90/60 - 140/90 mmHg -MAP >65mmHg -ได้รับยาตามแผนการรักษา	-รู้สึกตัว -BT=36.5-37.4 C -BP=90/60 - 140/90 mmHg -MAP >65mmHg -ได้รับยาตามแผนการรักษา	3.ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาและดูแลเฝ้าระวังอาการแพ้ยา และผลข้างเคียงจากยา 4. ติดตามอุณหภูมิของผิวหนังบริเวณปลายมือ ปลายเท้าเย็นการกำซาบเลือดส่วนปลายลดลงจะมี capillary refill มากกว่า 3 sec 5. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันการอันตรายจากการให้ยาและสารน้ำเกิน 6. สังเกต ประเมินและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง พร้อมบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายอย่างเคร่งครัด ทุก 8 ชั่วโมง	กรณีศึกษาที่ 2 -ผู้ป่วยรู้สึกตัว หลังได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต BP 120-138/75-86 mmHg MAP=72-89mmHg BT36.5-37.2 C
3.มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และเกลือแร่ในร่างกาย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: - O: 24/11/65 -K=2.2, Mg=0.40 <u>วัตถุประสงค์</u> -มีภาวะสมดุลของอิเล็กโทรไลต์และเกลือแร่ในร่างกาย <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -รู้สึกตัวดี -สัญญาณชีพคงที่ -ค่าK, Mg ปกติ	3.มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และเกลือแร่ในร่างกาย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> O:(21/9/66) K=3.0 -Urine out put 3000-4500 ml/วัน <u>วัตถุประสงค์</u> -มีภาวะสมดุลของ อิเล็กโทรไลต์และเกลือแร่ในร่างกาย <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -รู้สึกตัวดี -สัญญาณชีพคงที่ -ค่าserum K ปกติ	1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และเกลือแร่ เช่น arrhythmia, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, ปวดเกร็ง กล้ามเนื้อ, ระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนเพลีย ซัก เป็นต้น 2.Monitor EKG ประเมินสัญญาณชีพ ทุก ½ - 1 ชั่วโมง และเฝ้าระวัง cardiac arrest, arrhythmia 3.ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 4.สังเกต ประเมินและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง พร้อมบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายอย่างเคร่งครัด ทุก 8 ชั่วโมง	กรณีศึกษาที่ 1 -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่ ผล K=3.4 - 4.4 Mg=1.3-2.5 ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา กรณีศึกษาที่ 2 -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่ ผล K=3.5-4.9 Urine out put 3000-4500 ml/วัน ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา
4.มีการติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> O: X-ray: infiltration both lung -พบเชื้อ Melioidosis -WBC=13,900 Newtrophils=82.2% Lymphocyte=8.5% <u>วัตถุประสงค์</u> ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในร่างกายหรือสามารถ	4.มีการติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> O: X-ray: infiltration both lung -BT 39.4 C WBC=11,000 Newtrophils 91.4% <u>วัตถุประสงค์</u> ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในร่างกายหรือสามารถควบคุมการติดเชื้อในร่างกายได้	1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ 2.วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 3.ให้การพยาบาล โดยยึดหลัก aseptic technique และ universal precaution เช่น การทำแผล ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การล้างมือ การดูแลแผล เป็นต้น 4.การดูแลทำความสะอาดร่างกายผิวหนัง บริเวณ genitalia organ การทำความสะอาดที่ใส่สายสวนปัสสาวะวันละ2ครั้ง 5.สังเกตลักษณะเสมหะ ปัสสาวะ และลักษณะการติดเชื้อในร่างกายส่วนต่างๆ เช่นอาการปวด	กรณีศึกษาที่ 1 -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสัญญาณชีพคงที่ WBC=4000-11,200 X-ray มี infiltrationลดลง ยังมีไข้ต่ำๆ BT=37.5-37.8 C ได้รับยาตามแผนการรักษา กรณีศึกษาที่ 2 -ผู้ป่วยรู้สึกตัวสัญญาณชีพคงที่ WBC=3,200-4,800

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล

ปัญหาและข้อมูลวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
ควบคุมการติดเชื้อในร่างกายได้ 4.มีการติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย (ต่อ) <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -chest X-rayปกติหรือผิดปกติลดลง -BT 36.5-37.4 C -WBC ปกติ -สัญญาณชีพคงที่	4.มีการติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย (ต่อ) <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -chest X-rayปกติหรือผิดปกติลดลง -BT 36.5-37.4 C -WBC ปกติ -สัญญาณชีพคงที่	ท้อง ท้องกดเจ็บ ท้องโตตึง บริเวณผิวหนังและบริเวณใส่สาย central line มีรอยแดงช้ำบวมปวด มีหนอง 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของ CBC ผลเพาะเชื้อและผล Chest X-ray 7. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา 8. ดูแลจัดท่านอนผู้ป่วยศีรษะสูง 30-45 องศา และวัดcuff pressure ทุกชั่วโมงและให้หาค่า cuff pressure 25-30 cmH2O	X-ray มี infiltrationลดลง BT=36.5-37.2 C ได้รับยาตามแผนการรักษา
	5.ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายอยู่ในภาวะเครียด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> DTX=210-279mg% <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -รู้สึกตัว -DTX80-200mg% -ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว ได้แก่ อาการซึม , ระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนเพลีย ซัก 2.ติดตาม ค่า DTX ,FBS อย่างสม่ำเสมอ 3.ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ในกรณีที่ภาวะ Hyperglycemia 4.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyperglycemia 5.ติดตามประวัติของยา แฉ่งแพทย์ เพื่องดการให้ยาที่ทำให้เกิดภาวะ Hyperglycemia	กรณีศึกษารายที่ 2 - ผู้ป่วยรู้สึกตัว DTX 81-198mg% ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> O: Albumin=2.5 -กล้ามเนื้อแขนขาลีบเล็ก -ประเมินภาวะโภชนาการ : มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง 6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (ต่อ) <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -Albumin 3.5-5.2 -ได้รับอาหารตามแผนการรักษา -กล้ามเนื้อแขนขา	6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> O: Albumin=3.2 -ได้รับการงดน้ำงดอาหารในช่วงภาวะวิกฤตหลายวัน 6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (ต่อ) <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -Albumin 3.5-5.2 -ได้รับอาหารตามแผนการรักษา	1.ประเมินภาวะโภชนาการ ความชุ่มชื้นของผิวหนัง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางให้เร็วที่สุดในกรณีไม่มีข้อห้าม โดยคำนวณพลังงานที่ควรได้รับคือน้ำหนัก(กก.)$\times$25-30 kcal/day พร้อมรายงานแพทย์ปรับปริมาณอาหาร 3.จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ขณะได้รับอาหารทางสายยางและมีการทดสอบตำแหน่งทุกครั้งก่อนให้อาหาร เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าปอด 4.ดูแลรักษาความสะอาดช่องปากและฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร 5.ประเมินการทำงานของ Bowel sound อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 6.ดูแลให้ได้รับยา สารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมีการติดเชื้อมักจะสูญเสียน้ำและโซเดียมจากมีไข้ เหงื่อออกมารวมทั้งการได้รับการงดน้ำงดอาหาร	กรณีศึกษารายที่ 1 - ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการระดับ ปานกลาง กล้ามเนื้อแขนและขาเท่าเดิม ไม่ลีบเล็กลง Albumin=3.2-4.2 ได้รับอาหารตามแผนการรักษา กรณีศึกษารายที่ 2 - ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อแขนและขาเท่าเดิม ไม่ลีบเล็กลง Albumin=3.6-4.3 ได้รับอาหารตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
เพิ่มมากขึ้นหรือไม่เล็กน้อย		7.บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง	
7.ญาติและผู้ป่วยมีความกังวลเนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าสดชื่น ผ่อนคลาย	7.ญาติและผู้ป่วยมีความกังวลเนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าสดชื่น ผ่อนคลาย	1.ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบ numeric scale 2.พูดคุยทักทายผู้ป่วยและญาติทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาล 3.ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพโดยให้การดูแลอย่างเอาใจใส่ รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความรู้สึก 5.ส่งเสริมแนะนำการเทคนิคการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อคลายความวิตกกังวล เช่น การฝึกหายใจ ฟังธรรม เป็นต้น 6.เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย 7.ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดสิ่งรบกวนต่างๆ	กรณีศึกษา รายที่ 1 -ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ กรณีศึกษา รายที่ 2 -ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้
8.ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอกลับไปอยู่บ้าน <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ญาติบอกว่าไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอ O: ญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> -ญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ -ญาติแสดงสีหน้าสดชื่น ผ่อนคลาย		1.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของโรค 2.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 3.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก 4.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ - ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย - ใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดบริเวณข้อต่อต่างๆ - จัดทำให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกและหมั่นพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง - ดูแลท่อหลอดลมคอให้อยู่กับที่ - ฟังเสียงการทำงานของเครื่องช่วยหายใจหมั่นสังเกตอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น	กรณีศึกษา รายที่ 1 ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้นและมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอเมื่อกลับบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีแบบแผนสุขภาพที่เหมือนกันได้แก่ แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร⁵ คือ ขณะรักษาที่โรงพยาบาลได้รับอาหารเป็นอาหารปั่นทาง

สายยาง 4 ครั้ง/วัน หลังอาการทุเลาย้ายไปตึกสามัญญได้รับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ แบบแผนการขับถ่าย ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ขับถ่ายอุจจาระ 2วัน/ครั้ง และใส่สายสวนปัสสาวะ ปริมาณปัสสาวะวันละ 1,500-4,500

มิลลิเมตร และเมื่อพ้นภาวะวิกฤตสามารถปัสสาวะได้เอง แบบแผนการกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวบนเตียง ไม่ได้ออกกำลังกาย และเมื่อพ้นภาวะวิกฤตสามารถเดินข้างเตียงได้ แบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อน ผู้ป่วยนอนบนเตียง ช่วงภาวะวิกฤตมีอาการหอบเหนื่อยได้รับยานอนหลับ แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ ผู้ป่วยรับรู้อาการเจ็บป่วย แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ ปกติ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ สัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้มาเยี่ยมดี แบบแผนการเผชิญปัญหาและความทนต่อภาวะเครียด ปกติ แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ ขณะเจ็บป่วยมีความเชื่อตามหลักพระพุทธศาสนา มีพระติดบนหัวเตียงเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ เมื่อพ้นวิกฤตมีโอกาสดำเนินการตามวัตถุประสงค์พระที่มารับบิณฑบาตที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ทุกสัปดาห์ ส่วนแบบแผนที่แตกต่างกันได้แก่ แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ กรณีศึกษารายที่ 1 คือ ผู้ป่วยรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ต้องได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษา กรณีศึกษารายที่ 2 คือ ผู้ป่วยรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ต้องได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย⁶

จากการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน⁵ มาเป็นแนวทางในการรวบรวมปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิต

วิญญาณนำมาวางแผนการพยาบาลได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งหมด 8 ข้อ มีข้อวินิจฉัยที่เหมือนกันทั้ง 2 กรณีศึกษาจำนวน 6 ข้อดังนี้ 1) แบบแผนการหายใจ ไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2) ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 3) มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และเกลือแร่ในร่างกาย 4) มีการติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ 6) ญาติและผู้ป่วยมีความกังวลเนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วย สำหรับข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ที่แตกต่างกัน มีจำนวน 2 ข้อ กรณีศึกษารายที่ 1 คือ ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอกลับไปอยู่บ้าน และรายที่ 2 คือ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายอยู่ในภาวะเครียด โดยมีการประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบร่วมกับกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันและแนวทางการประเมินผลชัดเจนต่อเนื่อง
2. ควรพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจัดทำ Prone position

เอกสารอ้างอิง

1. ไพสิน พินทอง, ธีราภรณ์ จันทร์ดา, อรสา พันธักดี, พงศเทพ ธีระวิทย์. ประสบการณ์การใช้ เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่ใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน. ราชวิทยาลัย พยาบาลสาร 2555;17(3):343-57
2. ดลวิวัฒน์ แสนโสม. ภาวะวิกฤตระบบหายใจและการพยาบาล กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตระบบหายใจ: ภาวะหายใจล้มเหลว. ใน: สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, ขวณพิศ ทำนอง, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; หน้า. 173-211

3. สำนักโรคติดต่อทางเดินหายใจและวัณโรค.สรุปรายการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2564 โรคปอดอักเสบ(Internet).(cite2019 N0v 10).Available from : <http://www.boe.moph.go.th/>
4. สำนักโรคติดต่อทางเดินหายใจและวัณโรค.โรคปอดอักเสบ(Internet).(cite2020 Mar 1).Available from : <http://www.boph.go.th/fact/Pneumonia.htm>
5. จินตนา บุญจันทร์และคณะ, บรรณาธิการ. คู่มือปฏิบัติการพยาบาล เล่ม1.ขอนแก่น: งานบริการ พยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.
6. Griffiths MJD, McAuley DF, Perkins GD. Guidelines on the management of acute respiratory distress syndrome. BMJ Open Resp Res 2019; 6: 1. doi:10.1136/bmjresp-2019-000420/e000420

กรณีศึกษา: การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยแผลกระจกตาเสี่ยงตาบอดสูง
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 3 ราย
Case study: The Holistic Nursing of High Risk Corneal Ulcer Blind Eye at
Kalasin Hospital : 3 cases study.

(Received: June 11,2024 ; Revised: June 13,2024 ; Accepted: June 15,2024)

เพลินพิศ บุญสุนทรกุล¹

Plernpit boonsontunkun¹

บทคัดย่อ

การศึกษากกรณีศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล และ 2) เสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตาและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ศึกษาในผู้ป่วยแผลกระจกตาเสี่ยงตาบอดสูง: กรณีศึกษา 3 ราย ในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การเก็บรวบรวมข้อมูล จากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาทางการแพทย์ จากเวชระเบียน การสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยที่เหมือนกันคือ 1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น 2) ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดและระคายเคืองตา 3) วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 4) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากตามัว 5) ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ปัญหาผู้ป่วยที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่อกระจกตาทะลุเนื่องจากกระจกตาบางลง กรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดต้อหินจากกระจกตาบวมมากและ กรณีศึกษาที่ 3 คือมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน Hypoglycemia, Hyperglycemia จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังจากให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลเรื่องโรคและการรักษาผู้ป่วยผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบองค์รวม แผลกระจกตาเสี่ยงตาบอดสูง

Abstract

This case study aimed to 1) keep patients safe form complications during treatment at the hospital.2) Care empowerment of high risk corneal ulcer blind eye and caregiver could care after discharge fore hospital.Study with 3) high risk corneal ulcer blind eye in Otolaryngology ward 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) Risk to infection increases 2) Inexpedient form pain and eye irritation 3) Fear about own disease 4) Risk to accident form low vision 5) Lack of practice comprehension when discharge form hospital. Form this studied finding after the holistic nursing applied with patient safe form complications nursing theory while admitted in hospital. Patient and caregiver anxiety reduce about disease and patient and caregiver could self care.

Keywords: The holistic Nursing, Corneal Ulcer Blind Eye

บทนำ

แผลกระจกตา (Corneal Ulcer) หมายถึง ภาวะที่เยื่อหรือเนื้อเยื่อของกระจกตามีการ

แตกแยกหรือฉีกขาด หรือถูกทำลายลึกกว่าชั้นเยื่อบุผิว (Epithelial cell loss) ส่งผลให้เชื้อเข้าสู่กระจกตา จนเกิดการอักเสบและติดเชื้อตามมา¹ จากการ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สำรวจภาวะตาบอดของประเทศไทย พบว่ากระจกตาเป็นผลติดเชื้อเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่สำคัญของตาบอด สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดแผลกระจกตา มักเกิดจากอุบัติเหตุ รองลงมาได้แก่มีสิ่งแปลกปลอมเข้าตา และสารเคมีเข้าตา ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดแผลกระจกตา เช่น ความผิดปกติของน้ำตาและเปลือกตา กระจกตาผิดปกติ ความผิดปกติทางร่างกาย ตลอดจนการใช้ยาบางชนิด รวมทั้งไม่ทราบสาเหตุการเกิด ดังนั้นแผลกระจกตาจึงเป็นโรคทางตาที่พบได้บ่อย และพบได้ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะประเทศไทยประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จึงพบการเกิดแผลกระจกตาที่เป็นอุบัติเหตุ จากการประกอบอาชีพได้มาก²

แผลกระจกตาติดเชื้อ ส่วนใหญ่เชื้อที่พบเป็นเชื้อ แบคทีเรีย (Bacteria) เชื้อรา (Fungus) และเชื้อไวรัส (Virus) ตามลำดับ แผลกระจกตา หากได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันทั่วที่สามารถทำให้แผลหายได้ แต่กรณีที่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หรือมารับการรักษาช้าเกินไป จะก่อให้เกิดการติดเชื้อลุกลามมากขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะกระจกตาทะลุ ส่งผลให้เชื้อกระจายทั่วลูกตา (Panophthalmitis) การรักษาจะมีความยุ่งยากซับซ้อน และต้องใช้ระยะเวลารักษานาน เป็นผลให้ตาบอดได้ บางรายอาจต้องถึงกับควักลูกตา และเชื้ออาจลุกลามเข้าไปในสมองทำให้ถึงแก่ความตายได้เช่นกัน นอกจากนี้การติดเชื้อที่กระจกตาจะทำให้มีอาการปวดตา ตามัวมาก ตาแดง มีฝ้าขาวที่ตา และมีอาการกลัวแสง (Photophobia) บางครั้งถึงแม้จะได้รับการรักษาจนหายขาดจากการติดเชื้อแต่กระจกตาจะยังคงขุ่นขาวแบบแผลเป็น เป็นผลให้มีสายตาสั้นหรือตาบอดได้ การแก้ไขให้มองเห็นได้คือการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา แต่ผู้บริจาคดวงตามีน้อยมากในขณะที่มีผู้ที่รอเปลี่ยนกระจกตาจำนวนมาก ทำให้ไม่เพียงพอกับความต้องการ³

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคทางตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2564 ถึง 2566 พบว่าผู้ป่วยแผลกระจกตา เป็น 1 ใน 5 อันดับโรคสำคัญมาตลอด และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และมีความเสี่ยงต่อความพิการตาบอดสูง

มากขึ้น ในปี 2566 ผู้ป่วยแผลกระจกตา ที่ต้องตาบอดเนื่องจากแผลเป็นที่กระจกตา (Leukoma) 2 ราย (2:53=3.77%) และในปี 2566 แผลกระจกตาที่ติดเชื้อรุนแรงถึงต้องเอาลูกตาออก 1 ราย (1:57=1.75%) นอกจากนี้ผู้ป่วยแผลกระจกตายัง มีระยะวันนอนเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ระหว่าง 20-30 วัน ถือว่าเป็นปัญหาอย่างหนึ่งที่สำคัญ เพราะการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และที่สำคัญคือปัญหาด้านสภาพจิตใจ โดยเฉพาะหากผลการรักษาสิ้นสุดที่ตาบอดหรือการต้องควักลูกตาออก จะทำให้เกิดผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้เสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแผลกระจกตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและเป็นการดูแลต่อเนื่อง มุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง หรือที่เรียกว่าการสอนสุขศึกษา (Health education) และเป็นบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ มีงานวิจัยหลายเรื่อง พบว่า การวางแผนจำหน่ายจะช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ ดังนั้น การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแผลกระจกตา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม และกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลครอบคลุมองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเปรียบเทียบกับผู้ป่วยแผลที่กระจกตา 3 รายที่มีความเสี่ยงสูงและรุนแรงที่แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วย ผลกระทบที่มีความเสี่ยงสูง 3 ราย ในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กรณีศึกษาที่ 1 ในช่วงวันที่ 9 ก.พ- 25 ก.พ 2566 กรณีศึกษาที่ 2 ในช่วงวันที่ 5 เม.ย - 2 พ.ค 2566 กรณีศึกษาที่ 3 ในช่วงวันที่ 22 มิ.ย - 10 ก.ค 2566

ขั้นตอนการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยผลกระทบ กรณีศึกษา 3 ราย ในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการเจาะจงเลือกผู้ป่วยผลกระทบที่มีความเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่าบอดสูงบริบทที่แตกต่างกันแบบผสมผสาน มีการเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพ ชักประวัติ ตรวจคัดกรองตา ตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ โดยนำเอาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีทางการแพทย์ แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม กระบวนการพยาบาล การวางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล จากนั้น พร้อมปรับปรุงแก้ไข ตามกระบวนการพยาบาล จนจำหน่ายกลับบ้าน และมีการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนจากการศึกษาผู้ป่วยผลกระทบต่าบอดสูง ทั้ง 3 ราย พบว่า มีปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นปัญหาทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Phenomena) ที่เหมือนและแตกต่างกัน ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1

1. วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น
2. ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดและระคายเคืองแผลอักเสบที่กระจกตาขวา

3. เสี่ยงต่อกระจกตาทะลุเนื่องจากกระจกตาบางลง

4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นของตาข้างที่มีแผลและข้างที่ปกติ

5. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง

6. ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2

1. วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น
2. ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดและระคายเคืองแผลอักเสบที่กระจกตาขวา
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นของตาข้างที่มีแผลและข้างที่ปกติ
4. เสี่ยงต่อการเกิดต้อหินจากกระจกตาทะลุมาก

5. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง

6. ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 3

1. ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดและระคายเคืองแผลอักเสบที่กระจกตาซ้าย
2. วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง
4. มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน Hypoglycemia, Hyperglycemia

5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นของตาข้างที่มีแผลและข้างที่ปกติ

6. ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

เปรียบเทียบปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นการพยาบาลผู้ป่วยผลกระทบต่าบอดสูงกรณีศึกษา 3 ราย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นการพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่เสี่ยงตาบอดสูง กรณีศึกษา 3 ราย

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กรณีศึกษารายที่ 3
1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น เนื่องจากกระจกตามีการแตกแยกฉีกขาด	-ผู้ป่วยมีแผลที่กระจกตาขวาและยังมี FB ฝังในกระจกตา มีหนองที่ช่องหน้าตา (hypopyon) ถือเป็นการติดเชื้อที่รุนแรงอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตามเมื่อยังมีการแตกแยกฉีกขาดของกระจกตา ย่อมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้นได้ -จากการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและความร่วมมือของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ในการเช็ดตาแบบ Sterile หยอดยาแก้อักเสบที่ครอบคลุมทั้งเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา ตลอดจนได้รับยาแก้อักเสบชนิดรับประทานร่วมด้วย ผู้ป่วย/ผู้ดูแลร่วมมือในการรักษา	-ผู้ป่วยมีแผลที่กระจกตาขวาและมี การติดเชื้อทั้งแบคทีเรียและเชื้อรา มีหนองที่ช่องหน้าตา (hypopyon) ถือเป็นการติดเชื้อที่รุนแรงอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตามเมื่อยังมีการแตกแยกฉีกขาดของกระจกตา ย่อมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้นได้ -ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคทาง Systemic ประกอบกับได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพด้วยความเอาใจใส่ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ได้รับการเช็ดตา หยอดยาแก้อักเสบ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวมทั้งผู้ป่วย/ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการรักษา	-ผู้ป่วยมีแผลที่กระจกตาด้านซ้าย เป็นแผลติดเชื้อรา มีหนองที่ช่องหน้าตา (hypopyon) ถือเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี มีโรคประจำตัว คือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือดสูง ผู้ป่วยรับประทานยาเบาหวานไม่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จากภาวะน้ำตาลสูงส่งผลต่อ การหายของแผลกระจกตา และยิ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น - จากการพยาบาลที่มี
	มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด ประกอบกับผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และแผลกระจกตาที่ติดเชื้อ ก็ค่อยๆ ดีขึ้น การอักเสบลดลงจนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ หลังจากนั้นพักรักษาในโรงพยาบาล 16 วัน โดยให้เช็ดตา หยอดตา ต่อที่บ้าน และนัดตรวจติดตาม 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย	พยาบาลเป็นอย่างดีปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด เช่น ดูแลความสะอาดร่างกาย ระวังไม่ให้น้ำเข้าตา เป็นต้น ทำให้ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และแผลกระจกตาที่ติดเชื้อ ก็ค่อยๆ ดีขึ้น การอักเสบลดลงจนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ หลังจากนั้นพักรักษาในโรงพยาบาล 27 วัน โดยให้เช็ดตา หยอดตา ต่อที่บ้าน และนัดตรวจติดตาม 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย	ประสิทธิภาพและความร่วมมือของผู้ป่วย การได้รับการดูแลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต โดยการให้ยารับประทาน และการควบคุมอาหาร ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และแผลกระจกตาที่ติดเชื้อ ก็ค่อยๆ ดีขึ้น การอักเสบลดลงจนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ หลังจากนั้นพักรักษาในโรงพยาบาล 18 วัน โดยให้เช็ดตา หยอดตา ต่อที่บ้าน และนัดตรวจติดตาม หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดและระคายเคืองแผลอักเสบที่กระจกตา	-ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปวด ระคายเคืองตามากใน 2-3 วันแรก เนื่องจากมีการติดเชื้อที่รุนแรงมาก จะให้ยาแก้ปวดรับประทาน และให้ยาหยอดตาที่ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ Ciliary ลดการเคลื่อนไหวของม่านตาทันที กลุ่มนี้เป็นยายาขยายรูม่านตาทำให้ลดอาการปวดตา	-ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปวด ระคายเคืองตามากใน 2-3 วันแรก เนื่องจากมีการติดเชื้อที่รุนแรงมาก จะให้ยาแก้ปวดรับประทาน และให้ยาหยอดตาที่ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ Ciliary ลดการเคลื่อนไหวของม่านตาทันที กลุ่มนี้เป็น	-ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปวด ระคายเคืองตาใน 2-3 วันแรก เนื่องจากมีการติดเชื้อที่รุนแรงมาก จะให้ยาแก้ปวดรับประทาน และให้ยาหยอดตาที่ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ Ciliary ลดการเคลื่อนไหวของม่านตาทันที กลุ่มนี้เป็นยา
	ให้ยาแก้อักเสบหยอดตา คลุมทั้งเชื้อราและเชื้อแบคทีเรีย ถึงแม้การอักเสบของกระจกตาจะลดลง แต่ผู้ป่วยจะแสบตามากทุกครั้งหลังหยอดตา จากอาการข้างเคียงของยาหยอดตา ผู้ป่วยจึงยังต้องขอยาแก้ปวด	ขยายรูม่านตาทำให้ลดอาการปวดตาให้ยาแก้อักเสบหยอดตา คลุมทั้งเชื้อราและเชื้อแบคทีเรีย ถึงแม้การอักเสบของกระจกตาจะลดลง แต่ผู้ป่วยจะแสบตามากทุกครั้งหลังหยอดตา จากอาการข้างเคียงของยาหยอดตา ผู้ป่วยจึงยังต้องขอยาแก้ปวด	ขยายรูม่านตาทำให้ลดอาการปวดตาให้ยาแก้อักเสบหยอดตา คลุมทั้งเชื้อราและเชื้อแบคทีเรีย ถึงแม้การอักเสบของกระจกตาจะลดลง แต่ผู้ป่วยจะแสบตามากทุกครั้งหลังหยอดตา จากอาการข้างเคียงของยาหยอดตา ผู้ป่วยจึง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นการพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่เสี่ยงตาบอดสูง กรณีศึกษา 3 ราย

ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กรณีศึกษารายที่ 3
	รับประทานเป็นระยะ แต่อาการปวดก็ทุเลาลงเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มพักนอนได้	รับประทานเป็นระยะ แต่อาการปวดก็ทุเลาลงเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มพักนอนได้	ยังต้องขอยาแก้ปวดรับประทานเป็นระยะ แต่อาการปวดก็ทุเลาลงเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มพักนอนได้
3.มีความวิตกกังวลกลัวตาบอดหรือสูญเสียดวงตา	-ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ยอมรับอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ได้ โดยเฉพาะใน 10 วันแรกของการรักษา เพราะการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดขึ้นกะทันหัน และไม่ค่อยคิดว่าจะรุนแรงขนาดนี้ ประกอบกับผู้ป่วยอยู่ในวัยรุ่น ชีวิตกำลังสดใส เป็นอนาคตของครอบครัว มีความกังวลเกี่ยวกับการมองเห็นและภาพลักษณ์สูงมาก เมื่อรับทราบว่ามีการมีแผลกระจกตาติดเชื้อมากขึ้น มีความรุนแรงมาก ถึงแม้จะสามารถรักษาการอักเสบของกระจกตาได้ และ	-ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ยอมรับอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ได้ เพราะตาข้างหนึ่งบอดแล้ว เมื่อเกิดเหตุขึ้นกับตาข้างที่เหลือ จึงเป็นทุกข์มาก โดยเฉพาะผู้ป่วยบอกว่า หมายถึงชีวิตทั้งชีวิตของเขาเลย ถ้าตาข้างนี้บอดเขาจะไม่เหลืออะไรแล้ว -กังวลว่าจะไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ -กังวลต่ออนาคตของลูก -กังวลต่อมารดาที่อายุมากแล้ว ผู้ป่วยเป็นหลักในการดูแล -กังวลต่อภาพลักษณ์ที่	-ผู้ป่วยรับทราบอาการและการเปลี่ยนแปลงได้ดี รับทราบปัญหาต่างๆ ได้อย่างสงบ และสามารถดูแลตนเองได้ดี เพราะรับทราบว่าตาข้างที่เหลือเป็นต้อกระจก สามารถผ่าตัดและมองเห็นได้ เหมือนกับที่เคยผ่าตัดต้อกระจกตาซ้ายมาแล้ว แต่ก็ยังมีความกังวล -กลัวจะได้เอดลูกตาที่ติดเชื้อออก เพราะห่วงภาพลักษณ์ที่จะเปลี่ยนไป เมื่อมีตาเพียงข้างเดียว ผู้ป่วยกล่าวว่า “ตาข้างนี้บอดก็พอรับได้ ขอดวงตาไว้ก็พอ อย่าควักออกเลย” และที่สำคัญกลัวเชื้อ
	สามารถรักษาดวงตาไว้ได้แต่ผู้ป่วยต้องสูญเสียการมองเห็น เนื่องจากมีแผลเป็นตรงกลางกระจกตา นอกจากนี้ แผลเป็นดังกล่าว นอกจากจะทำให้สูญเสียการมองเห็นแล้ว ยังทำให้ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยด้วย อย่างไรก็ตาม เมื่อได้รับทราบว่าแผลเป็นกระจกตา สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัด เปลี่ยนกระจกตา ทำให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล มีความหวังและยอมรับสภาพได้มากขึ้น เพราะครอบครัวของผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด แต่ก็ยังกังวลเกี่ยวกับความไม่เพียงพอของกระจกตาบริจาค	เปลี่ยนไป จะทำให้สังคมไม่ยอมรับและ -กังวลกลัวกรรยายอมรับไม่ได้ กลัวกรรยายอกใจ เนื่องจากตนเองตาบอด ไร้ค่า -ในระยะ 4-5 วันแรก มารดา และกรรยายังทำใจยอมรับไม่ได้เช่นกันหากผู้ป่วยต้องตาบอด แต่ต่อมาเมื่อได้รับการดูแลรักษา ตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยความเอื้ออาทร การให้ข้อมูลที่ชัดเจนพร้อมทั้งให้กำลังใจ การใช้ธรรมะและการ Empower แก่ผู้ป่วย/ญาติ จนผู้ป่วยเริ่มยอมรับได้และเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง และปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับบริบทของตน	ลูกกลมเข้าไปในสมอง กลัวตาย เพราะเป็นเบาหวาน กลัวแผลที่ติดเชื้อจะรักษาไม่หาย -ถึงจะสามารถผ่าตัดต้อกระจกตาขวาได้ แต่ก็กังวลเนื่องจากเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกรงว่าจะมีผลต่อการผ่าตัด -ลูกๆ ให้กำลังใจดีมาก ตลอดจนทีมสุขภาพให้คำแนะนำที่ชัดเจน ดูแลเอาใจใส่อย่างเต็มกำลัง ความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ จึงให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ทั้งการควบคุมอาหาร การรับประทานยาเบาหวาน และการหยอดตา

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยแผลกระจกตาที่มีภาวะร่วมเบาหวาน ได้รับการดูแลเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และไม่มีภาวะ Hypoglycemia, Hyperglycemia นอกจากนี้พยาบาลยังให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การให้ความรู้เรื่องโรค การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสมในภาวะสูญเสียการมองเห็น การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ แนะนำการผ่าตัด

ต้อกระจกตาขวา เพื่อให้สามารถมองเห็นได้ การให้กำลังใจเพื่อบรรเทาความเครียดและให้มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถแสดงบทบาทและดำรงชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลให้สูงขึ้น⁴

ดวงตา เป็นอวัยวะที่สำคัญ เป็นหนึ่งในประสาทสัมผัสที่ 5 ของคนเรา มีหลายคนกล่าวว่าดวงตาเป็นหน้าต่างของหัวใจ เพราะดวงตาทำให้

คนเรามองเห็นสิ่งต่างๆ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้คนเราดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ การเกิดแผลที่กระดูกตาและเกิดการติดเชื้อที่ลูกกลม รุนแรงเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็น หรือแม้กระทั่งการสูญเสียดวงตา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วย/ญาติ ยากจะที่ยอมรับได้ จึงเป็นเรื่องที่ทำนายสำหรับสถานการณ์ของหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เข้าใจและยอมรับสภาพของการเจ็บป่วยได้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคทางตา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เสี่ยงตาบอดสูง พยาบาลต้องเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การดำเนินของโรค การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงถึงการเพิ่มขึ้นของความรุนแรงของโรค ตลอดจนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย หายจากการอักเสบติดเชื้อของแผลกระดูกตา ถึงการมองเห็นจะสูญเสียไป แต่ก็สามารถรักษาดวงตาไว้ได้⁵

อย่างไรก็ตามการสูญเสียการมองเห็น จาก การมีแผลเป็นตรงกลางกระดูกตา ที่มองเห็นได้อย่างชัดเจน ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย/ญาติ ในผู้ป่วยวัยรุ่นสูญเสียโอกาสของอนาคตทางการศึกษา เกี่ยวกับการเลือกอาชีพ ผู้ป่วยวัยทำงานต้องกลายเป็นคนพิการตาบอด ไม่สามารถประกอบอาชีพ เช่นเดิมได้ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป สิ่งต่างๆเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลนอกจากให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องได้มาตรฐานแล้ว ยังต้องให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติเพื่อประคับประคองบุคคลเหล่านี้ให้สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การให้กำลังใจเพื่อบรรเทาความเครียด ให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งเป็นการพยาบาล

แบบองค์รวมที่เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลให้สูงขึ้น⁶

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยแผลกระดูกตา ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ และการประกอบอาชีพ โดยเฉพาะอาชีพเกษตรกร ดังนั้นจึงพบได้บ่อยในประเทศไทย และถือว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากแผลกระดูกตาที่มีการติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อตาบอดได้สูง การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระดูกตาจึงต้องใช้ความชำนาญ ทักษะและประสบการณ์ ตลอดจนวิทยาการสมัยใหม่ที่ก้าวหน้าในการดูแล ต้องอาศัยทักษะการทำงานเป็นทีมสูง เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องและทันท่วงทีอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดภาระแก่ครอบครัว ผู้ป่วยและประเทศชาติ พยาบาลในฐานะบุคคลสำคัญของทีมสุขภาพที่มีโอกาสให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ทางวิชาการ ตลอดจนแนวทางรักษาของแพทย์ให้ทันกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เปลี่ยนไป รวมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น บทบาทของพยาบาลนอกจากต้องดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องให้การดูแลญาติได้อย่างมีคุณภาพ พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสังคมและจิตวิทยา สามารถประเมินความต้องการ ตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติและสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะที่มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์สูง การจัดทำคู่มือ เอกสารเพื่อชี้แจงลักษณะการบริการของหน่วยงานตา หู คอ จมูก ประโยชน์ของเครื่องมืออุปกรณ์ เพื่อให้ครอบครัวได้เรียนรู้ ตลอดจนแนวทางประสานงานแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ชุมชนและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้านซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญตา เกิดชูชื่นและสุจินดา ริมศรีทอง.(2540). การพยาบาลจักษุวิทยา เล่ม1. กรุงเทพมหานคร :ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2540.
2. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์. (2552). **แนวทางจักษุวิทยาสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป**. กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
3. งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ.(2556). โรคของแก้วตา. ตำราจักษุวิทยา สำหรับนิสิตแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป.กรุงเทพฯ : ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017.ปทุมธานี:บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด;2560
5. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(2557). **จักษุจุฬา** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี จำกัด.
6. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล. (2551). **ตำราพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Participatory drug-user care process in the area of the Subdistrict Health Promoting
Hospital Phon Sawang, Khao Wong District, Kalasin Province.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 19,2024 ; Accepted: June 21,2024)

พนม ขันธบูรณ์¹

Phanom Khanthabun¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อม ความเข้มแข็งของหมู่บ้าน และกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาตั้งแต่ เดือน เมษายน - พฤษภาคม 2567 รวม 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน จำนวน 82 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และ Dependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย การวิเคราะห์ชุมชน, การจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาท, การวางแผน, การดำเนินการ, การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน ทำให้ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านมีความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยที่หลังดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในด้านการเตรียมพื้นที่, การค้นหา, การคัดกรอง, การบำบัดฟื้นฟูสภาพ และการลดอันตรายจากยาเสพติด จนสามารถค้นหา คัดกรอง และบำบัดผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 3 ปีที่ผ่านมา และหมู่บ้าน/ชุมชนมีความเข้มแข็งด้านการต่อต้านยาเสพติดอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก

คำสำคัญ: ยาเสพติด, ความพร้อม, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research was participatory action research. It aimed to study the readiness of village strength and the participatory care process for drug users in the area of Phon Sawang Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Wong District, Kalasin Province. The study was conducted from April 2024 to June 2024, for a total of 3 months. The sample group consisted of sub-district and village anti-drug operations teams, totaling 82 people. Data were collected using questionnaires and group discussion guidelines. Qualitative data were analyzed using content analysis and inferentially by percentage, mean, deviation, and dependent t-test.

The participatory drug-user care process consisted of several key steps. Community analysis, structuring and defining roles, planning, implementation, monitoring and evaluation, and lessons learned formed the backbone of this process. These steps were crucial in preparing sub-district and village anti-drug operations teams to effectively care for drug users following overall and individual operations. After the operations, significant changes were observed. The mean score differed significantly from before the operation at the .05 level across various aspects, including area preparation, search, screening and rehabilitation treatment. Furthermore, monitoring and social assistance played pivotal roles in the process. Over the past three years, there has been a noticeable increase in the ability to locate, screen, and treat

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

on drug users within the community. This improvement has contributed to the community's resilience against drugs, reaching a high level of strength.

Keywords: drugs, readiness, participation

บทนำ

สารเสพติดเป็นสารเคมีซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใดจะทำให้เกิดการเสพติด และหากใช้สารนั้นเป็นประจำจะส่งผลต่อผู้เสพติดได้แก่ การมีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ, การมีความต้องการขนาดการเสพเพิ่มขึ้น และการมีอาการถอนยาเมื่อขาดยา¹ โทษและภัยของการติดยาเสพติดส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ, ครอบครัว และยังขยายผลกระทบไปสู่ชุมชน สังคม และประเทศ² จากรายงานยาเสพติดโลกในปี พ.ศ. 2562 คาดว่ามีคนทั่วโลกประมาณ 35 ล้านคนที่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการความผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด โดยที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูมีเพียง 1 ใน 7 เท่านั้น และมีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 585,000 คน ซึ่งเป็นผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นราว 2 ใน 3³ ในประเทศไทยตลอดปี 2564 พบว่า ยาบ้ายังคงเป็นชนิดที่แพร่ระบาดมากที่สุดร้อยละ 75 รองลงมาคือไอซ์ร้อยละ 8.6 กัญชาแห้งร้อยละ 4.7 และเฮโรอีนร้อยละ 3.9 ตามลำดับ โดยมีกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 18 – 24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุดร้อยละ 24 รองลงมาเป็นกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 39 ปีขึ้นไปร้อยละ 22 ในส่วนของกลุ่มอาชีพพบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานมีส่วนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุดร้อยละ 29 รองลงมาเป็นกลุ่มรับจ้างร้อยละ 27⁴ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2562 มีจำนวนผู้ติดยาเสพติด 1.4 ล้านคน แต่ผลการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดยาเสพติดในระบบ บสต. มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเพียงสองแสนกว่าราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยติดยาเสพติดจำนวนมากที่ไม่เข้าระบบการบำบัดฟื้นฟู⁵ นอกจากนี้จากการประเมินสถานะหมู่บ้านหรือชุมชนของกระทรวงมหาดไทยรอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบหมู่บ้าน

หรือชุมชนที่มีปัญหายาเสพติด 24,500 หมู่บ้าน หรือชุมชน คิดเป็นร้อยละ 30 ของหมู่บ้านหรือชุมชนทั่วประเทศ

รัฐบาลได้ดำเนินนโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” มีการประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ซึ่งแนวคิดนี้ ถือว่า ผู้เสพทุกคนเป็นผู้ป่วย และจะให้อโอกาสในการบำบัดรักษา รวมถึงดูแลช่วยเหลือให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยรัฐบาลได้ให้อโอกาสแก่ผู้ต้องสงสัยว่าใช้ยาเสพติดทุกคน สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูโดยไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย หากพบผู้ใกล้ชิดใช้ยาเสพติดขอให้ทำความเข้าใจ และแนะนำให้เข้ารับการบำบัดรักษาได้ที่โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหาเสพติดของโลก พ.ศ. 2559 (United Nations General Assembly Special Session 2016 : UNGASS 2016) ที่มีมติและนโยบายใหม่ต่อปัญหาเสพติดว่าปัญหาเสพติดเป็นเรื่องสุขภาพ ระบบสาธารณสุข เรื่องของอาชญากรรม เรื่องของสิทธิมนุษยชน เรื่องของความยากจน ฯลฯ และให้มีการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมุ่งเน้นด้านสาธารณสุข เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วย นอกจากนี้ ปัญหาอย่างหนึ่งของการบำบัดรักษา คือ การเข้าถึงระบบบำบัดรักษา จึงมีการขยายแนวคิดการใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ภายใต้แนวทาง การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment)

การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูใกล้บ้านหรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการแก้ไข

ปัญหาอย่างแท้จริง เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยหลัก กล่าวคือ คนในชุมชนต้องมีบทบาทสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของตนเองด้วย⁶ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งสร้างการรับรู้แก่เครือข่ายระดับหมู่บ้านหรือชุมชนให้เกิดความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติด เพื่อให้การดำเนินการด้านการป้องกัน ปรามปราม การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลช่วยเหลือทางสังคมให้มีความเชื่อมโยงกันเพื่อคืนคนดีสู่สังคม ทั้งนี้การดูแลผู้ไชยาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลหรือการเข้ารับบริการ และประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ยังเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดผู้ไชยาเสพติด³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโปนสวาง มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 13 หมู่บ้าน ที่ผ่านมาในปี 2563-2565 มีการค้นหา คัดกรอง บำบัด และติดตามช่วยเหลือทางสังคมได้น้อยกว่าความเป็นจริงอย่างมาก เนื่องจากการค้นหาและเข้าถึงผู้ไชยาเสพติดเป็นเรื่องยากอาจเป็นเพราะกฎหมายยังคงถือว่าเป็นผู้กระทำความผิด และทัศนคติของสังคมหรือคนรอบข้างที่สั่งสมความเชื่อที่ว่าผู้ไชยาเป็นคนไม่ดี อันตราย ประกอบกับการกระทำซ้ำของผู้ไชยาเสพติดเองจนทำให้คิดว่าตนเองเป็นเช่นนั้น จึงอยู่อย่างหลบซ่อน ไม่เปิดเผยตัว หรือสร้างเกราะป้องกันที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่ก้าวร้าวให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย และผู้ไชยาเสพติดในระบบบำบัดโดยสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมเข้ารับการรักษาไม่ครบตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด จากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นผู้วิจัยได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ไชยาเสพติดในชุมชน จึงสนใจที่ศึกษาสถานการณ์ปัญหาเสพติด, ความพร้อม และกระบวนการดูแลผู้ไชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโปนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ไชยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพร้อมและความเข้มแข็งของหมู่บ้านในการดูแลผู้ไชยาเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ไชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโปนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการดูแลผู้ไชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโปนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

กระบวนการดูแลผู้ไชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโปนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน - มิถุนายน 2567 รวม 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการดูแลผู้ไชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโปนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 ชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดตำบล ประกอบด้วย ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบประจำตำบล, เจ้าหน้าที่ตำรวจที่ได้รับมอบหมาย, พัฒนาการผู้รับผิดชอบประจำตำบล, ปลัดเทศบาล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, พยาบาลจิตเวช, ผู้อำนวยการโรงเรียน, กำนัน และปราชญ์ชุมชน รวม 12 คน

2.2 ชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดหมู่บ้าน ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน, ประธาน อสม., ครูที่ได้รับมอบหมาย, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย, ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) หรือชุดอาสาสมัครป้องกัน

ภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และแกนนำครัวเรือนผู้ใช้สารเสพติด รวม 70 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์กลุ่มประชากรที่มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งหมด แล้วทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจนได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามโครงการและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ จำนวน 82 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม คือ กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงาน, การจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาท, การวางแผนดำเนินงาน, การดำเนินงานตามแผนและติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพร้อมของกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์, แบบประเมินความเข้มแข็งหมู่บ้าน/ชุมชน และทะเบียนบันทึกผลการค้นหาการคัดกรองและการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไขจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย, ผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติด และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา เพื่อขอคำปรึกษาและแนะนำ จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาให้เหมาะสม รวมถึงมีความชัดเจนยิ่งขึ้น หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีบริบทคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .898

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ประสานทีมชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านให้เข้าร่วมกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ทบทวนข้อมูลผลการดูแลผู้ใช้สารเสพติดและเก็บข้อมูลความพร้อม รวมถึงประเมินความเข้มแข็งของหมู่บ้านในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการฯ ก่อนดำเนินการ

3. วางแผนและดำเนินการตามกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

4. ติดตาม กำกับ และประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

5. นำเสนอข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญร่วมกันตรวจสอบ วิพากษ์วิจารณ์ และเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ

วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ค่าสถิติอ้างอิง วิเคราะห์ด้วย ค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC 69/2567 ลงวันที่ 28 เดือน มีนาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน ก่อนดำเนินการ โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ส่วนรายด้าน ได้แก่ การค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน, การคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด, การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้ยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด มีเพียงด้านการเตรียมพื้นที่และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการประเมินความเข้มแข็งของหมู่บ้านด้านยาเสพติด ตามเกณฑ์ดัชนีชี้วัดความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนด้านยาเสพติด ก่อนดำเนินการพบว่า หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ดัชนีชี้วัดความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนด้านยาเสพติดอยู่ในระดับเข้มแข็งน้อยทุกหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ 1-5 ตัวชี้วัด)

3. กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพนสว่าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้วิจัยร่วมกับชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านจัดประชุมระดมสมอง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อวางแผนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพนสว่าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จนได้กระบวนการและกิจกรรม ดังตาราง

1

ตาราง 1 กระบวนการและกิจกรรมการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กระบวนการ	กิจกรรม	
	ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบล	ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดหมู่บ้าน
การเตรียมความพร้อม	1. ประชุมวางแผน บูรณาการแผนงานระหว่างองค์กร และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการสร้างความเข้มแข็งหมู่บ้านด้านยาเสพติด 2. ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติแก่ชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดหมู่บ้าน	1. สสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน ตามแบบประเมินหมู่บ้าน/ชุมชนฯ 2. ประชุมวิเคราะห์สภาพชุมชนและจัดทำแผนปฏิบัติการหมู่บ้าน 3. ประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจนโยบายให้โอกาสแก่ผู้ใช้สารเสพติด ภายใต้แนวคิด “ผู้เสพคือผู้ป่วย” 4. แสวงหาและระดมทุนทางสังคมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด 5. จัดเตรียมความพร้อมในการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน
การค้นหา	1. ประชุมเตรียมความพร้อมในการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน -ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน -ทวนสอบข้อมูลและกำหนดเป้าหมาย -วางแผนเพื่อดำเนินการ X - ray 2. เข้าร่วมเวทีประชาคมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติ และสร้างความเข้าใจแก่ชุมชนภายใต้แนวคิด “ผู้เสพคือผู้ป่วย” และ “ลดการตีตรา”	1. ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนแกนนำครัวเรือนเข้าร่วมประชาคม 2. จัดเวทีประชาคมกำหนดข้อตกลง (ธรรมนูญหมู่บ้าน) และระเบียบชุมชน รวมถึงประกาศใช้ 3. ประชาสัมพันธ์ เชิญชวน รณรงค์ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรอง บำบัด ช่วยเหลือ และโอกาสคืนคนดีสู่สังคม 4. ค้นหาและรายงานข้อมูลผู้ใช้สารเสพติดให้ชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดตำบล
การคัดกรอง	1. ประสานและจัดเตรียมความพร้อมออกปฏิบัติการคัดกรองเชิงรุก	1. ร่วมปฏิบัติการคัดกรองเชิงรุก 2. ทวนสอบข้อมูล และจำแนกกลุ่มผู้ใช้ ผู้ติด และผู้เสพ ร่วมกับชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบล 3. ร่วมประชุมวางแผนดูแลผู้ใช้ ผู้ติด และผู้เสพ

ตาราง 1 กระบวนการและกิจกรรมการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลโพนสว่าง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

กระบวนการ	กิจกรรม	
	ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบล	ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดหมู่บ้าน
	2. ออกปฏิบัติการคัดกรองตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขรวบรวมข้อมูล และจำแนกกลุ่มผู้ใช้ ผู้ติด และผู้เสพ 3. ประชุมวางแผนดูแลผู้ใช้สารผู้ติดร่วมกับชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดหมู่บ้าน	
การบำบัด	1. ประเมินสภาพการเสพติด วินิจฉัยและจำแนกผู้ป่วยยาเสพติดตามคำนิยามได้แก่สีแดง, สีส้ม, สีเหลือง และสีเขียว 2. ประชุมวางแผนบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกับชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดหมู่บ้าน 3. จัดค่ายบำบัดและส่งต่อเข้าระบบบำบัดตามระดับความรุนแรงที่วิเคราะห์จำแนก 4. ประชุมสะท้อนผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกับชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดหมู่บ้าน	1. ประสานผู้ปกครอง ญาติเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษา 2. ประสานท้องถิ่นสนับสนุนการเดินทางของผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด 3. นำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดและประสานส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติด
การลดอันตราย	1. ค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่พร้อมเลิกเสพ 2. คัดกรองและตรวจรักษาโรคร่วม 3. จัดคลินิกให้ความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด 4. จัดบริการเยี่ยมบ้านรายบุคคล (Home visit)	1. จัดกระบวนการกลุ่มสร้างแรงจูงใจให้สมัครใจเข้าบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ 2. จัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนหรือกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกับชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดหมู่บ้าน 3. เผื่อระวังปัญหาจากการใช้เสพติดในชุมชน

4. ผลของกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 ความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและ

หมู่บ้านหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก และการเปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1. การเตรียมความพร้อมในพื้นที่	2.66	0.316	4.04	0.319	81	-29.99	0.000	-1.476	-1.292
2. การค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน	2.09	0.306	3.99	0.353	81	-32.61	0.000	-2.009	-1.778
3. การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน	2.22	0.295	4.03	0.364	81	-32.47	0.000	-1.925	-1.703
4. การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้สารเสพติด	2.23	0.279	4.19	0.255	81	-41.90	0.000	-2.058	-1.871
5. การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดหลังบำบัด	2.36	0.360	4.16	0.405	81	-28.45	0.000	-1.925	-1.673
รวม	2.31	0.132	4.08	0.172	81	-62.13	0.000	-1.828	-1.714

จากตาราง 2 พบว่า ความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติด

ตำบลและหมู่บ้านโดยรวมและรายด้านก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยที่หลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

4.2 ผลการประเมินความเข้มแข็งของหมู่บ้านด้านยาเสพติด ตามเกณฑ์ดัชนีชี้วัดความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนด้านยาเสพติด หลังดำเนินการ พบว่าหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ดัชนีชี้วัดความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนด้านยาเสพติดอยู่ในระดับเข้มแข็งมากทุกหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ 8-10 ตัวชี้วัด)

4.3 ผลการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ของชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านเป็นไปตามแผนดำเนินงานทุกกิจกรรมทำให้การดูแลผู้ใช้สารเสพติดดีขึ้นได้แก่ การค้นหาและคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าจากสามปีงบประมาณที่ผ่านมา, ผลการคัดกรองเป็นบวกทั้งหมดจากผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง, การนำผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การบำบัดมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าจากสามปีงบประมาณที่ผ่านมา และการลดอันตรายจากยาเสพติดในผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนการขึ้นทะเบียนผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่สามารถเลิกเสพเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าจากสามปีงบประมาณที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการเข้ารับบริการครบตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสามปีงบประมาณที่ผ่านมา

5. การถอดบทเรียน กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์มีปัจจัยสู่ความสำเร็จ โดยสรุปได้แก่ การมีส่วนร่วมบทบาทที่ชัดเจน การประสานงาน แนวทางแบบองค์รวม ความต่อเนื่อง การติดตามและประเมินการส่งเสริมความเข้าใจ ลดการตีตรา ความเห็นอกเห็นใจ และความไว้วางใจ เป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อม ความเข้มแข็งของหมู่บ้าน และกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอ เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์สามารถสรุปผลและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านโดยรวมและรายด้านในช่วงแรกอยู่ในระดับน้อย แต่หลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก โดยที่ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) เนื่องจากกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ได้เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมจนครบกระบวนการ โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงาน, การจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาท, การวางแผนดำเนินงาน, การดำเนินงานตามแผนและติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจของกิปสัน (Gibson CH,1991) คือการให้ความตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ ผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การร่วมปฏิบัติ และร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหา จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนของตนเองได้อย่างยั่งยืน⁷ และสอดคล้องกับศึกษาของนิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร และศุภลักษณ์ จันทาญ (2565) ที่พบว่า การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ชุมชนต้องมีความพร้อมในการเข้าร่วมทุกขั้นตอน เป็นบริการที่บูรณาการการสร้างชุมชนเข้มแข็งร่วมกับการบำบัดในชุมชนอย่างกลมกลืน ส่งผลให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่บริการ

พยาบาลและบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน ชุมชนเป็นเจ้าของสามารถควบคุมตรวจสอบได้ เป็นวิธีการบำบัดที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติ น้อยกว่าการรักษาอื่น⁸

2. กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการประสานงาน การปฏิบัติตามแผนดำเนินงานที่ต่อเนื่องและครอบคลุมกิจกรรมภายใต้แนวคิด ภายใต้แนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย การเตรียมพื้นที่ , การค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้ยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด ซึ่งมีปัจจัยพื้นฐานของความสำเร็จได้แก่ การส่งเสริมความเข้าใจ ลดการตีตรา ความเห็นอกเห็นใจ และความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐ ส่งผลให้การดูแลผู้ใช้สารเสพติดหลังดำเนินการมีการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนจำนวน 30 ราย, ผลการคัดกรองเป็นบวกร้อยละ 53.33, การบำบัดครบตามเกณฑ์ร้อยละ 100 และการติดตามครบตามเกณฑ์ร้อยละ 100.00 ซึ่งมากกว่าผลการดำเนินงานในทุกปีงบประมาณที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต ยาใจ, วสิมล สุวรรณรัตน์ และวราภรณ์ นองเนื่อง (2564) ที่ดำเนินการตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นทำความเข้าใจปัญหาและเตรียมพื้นที่, ขั้นจัดทำแผนชุมชน, ขั้นดำเนินการตามแผน และขั้นประเมินผล ทำให้เกิดรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 1) การจัดทำและปฏิบัติตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การสร้างและใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 3) การจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองตอบโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด และ 4) การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนใช้เรียนรู้ร่วมกันส่งผลให้การดำเนินงานรุ่นที่ 1 จำนวน 7

คน สามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ต่อเนื่อง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43⁹ และการศึกษาของณัฐพร ผลงาม ที่พบว่า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดระยอง ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนออกแบบวิธีการ โดยเริ่มต้นจากการร่วมคิดตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ โดยแบ่ง การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นช่วงก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชน และประชาชนทั่วไป ส่วนสถานบริการสาธารณสุขควรดำเนินงาน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย, การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือ ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและลดปัญหาการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด¹⁰

3. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ดัชนีชี้วัดความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนด้านยาเสพติดในช่วงแรกอยู่ในระดับเข้มแข็งน้อยทุกหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ 1-5 ตัวชี้วัด) แต่หลังดำเนินการหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ดัชนีชี้วัดความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนด้านยาเสพติดอยู่ในระดับเข้มแข็งมากทุกหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ 8-10 ตัวชี้วัด) เนื่องจากกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพนสว่าง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งเสริมให้ตำบลหรือหมู่บ้านมีการดำเนินงานตามแนวทางสร้างความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนด้านยาเสพติดได้แก่ การแต่งตั้งชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดระดับตำบลและหมู่บ้าน, การประชุมวางแผนติดตาม และถอดบทเรียน, การสร้างข้อตกลงหรือธรรมนูญหมู่บ้านผ่านเวทีประชาคม, การแสวงหาทุนหรือระดมทุนทางสังคม, การค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน, การคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด, การการนำผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัด การลดอันตรายจากยาเสพติด การติดตามดูแลช่วยเหลือ

ทางสังคม และเฝ้าระวังและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและพื้นที่เสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอกรัตน์ หามนตรี (2561) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดประกอบด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ เยาวชน ครอบครัว ชุมชน ผู้นำท้องถิ่น และองค์กรภายในชุมชน และปัจจัยภายนอก ได้แก่ เครือข่ายชุมชน ยาเสพติด องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด¹¹ การศึกษาของ ธงชัย สิงอุดม และพระมหาสมศักดิ์ สติสมปนโน (2564) ที่พบว่า ชุมชนต้นแบบในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดมีการกำหนดกติกาและใช้มาตรการทางชุมชน เช่น มีมาตรการทางสังคม มีกติกาชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายา¹² และการศึกษาของเกศินี วีรศิลป์ และคณะ (2566) ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหายาเสพติดคือการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จะช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนสำเร็จและสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดประสบผลสำเร็จได้ในระยะยาว¹³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ (ศป.ปส.อ.) ควรสนับสนุนให้ชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านให้ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงาน, การจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาท, การวางแผนดำเนินงาน, การดำเนินงานตามแผน และติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียน เพื่อให้เกิดหรือพัฒนาความพร้อมในการเตรียม

พื้นที่, การค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้ยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด

2. ชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านควรมีการดำเนินการเตรียมพื้นที่, การค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้ยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด บนพื้นฐานการส่งเสริมความเข้าใจ ลดการตีตรา ความเห็นอกเห็นใจ และความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐของประชาชนในพื้นที่

3. การนำกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ทอง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ไปใช้ในพื้นที่อื่นควรมีการศึกษาและปรับให้เข้ากับบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรม ค่านิยม สภาพทางสังคม สภาพเศรษฐกิจ และการเมืองที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนเพิ่มเติม เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ทอง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่เพิ่มขึ้น

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ของการติดตามช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น เนื่องจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษา

3. ควรมีการพัฒนาแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สาลินี ภู่งรุ่งเรืองผล. (2562). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2565, จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmp_ho_web.
2. ศูนย์ศึกษาปัญหายาเสพติด.(2564). ยาเสพติดที่อันตรายที่สุดในโลก. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2565 จาก <https://cads.in.th/cads/content?id=305>.

3. United Nations Office on Drugs and Crime. (UNODC).(2022). Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence In Southeast Asia. Bangkok: United Nations Office on Drugs and Crime Regional Office for Southeast Asia and the Pacific. Available 2022 Aug 31. From <http://www.unodc.org/documents/southeast Asia and pacific/cbtx/cbtx-brief-TH.pdf>.
4. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.(2564). ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ สำนักปราบปรามยาเสพติด: รายงานประจำปี ANNUAL REPORT 2564. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2565 จาก <https://www.oncb.go.th/DocLib>.
5. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566. สืบค้น เมื่อ 8 กันยายน 2565. จาก https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf.
6. กัลยาณี สุธเทวิน. (2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนด้วย ครอบครัวยุค To Be Number One จังหวัดอำนาจเจริญ. สารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน. 31(2); 33-41.
7. Gibson CH. (1991). A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs. 16(3): 354–61.)
8. นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร และศุภลักษณ์ จันทาญ. (2565). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 19(2); 50-63.
9. สมจิต ยาใจ, วสิมล สุวรรณรัตน์ และวราภรณ์ นองเนื่อง. (2564). รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 32(1). 224-236.
10. ณฐพร ผลงาม.(2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 1(1). 49-71.
11. เอกรัตน์ หามนตรี.(2561). ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์, 5(2), 434–451
12. ธงชัย สิงอุดม, และพระมหาสมศักดิ์ สติสมปนโน. (2564). การป้องกันและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดตามแนวชายแดนของชุมชนในจังหวัดเลย. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์, 10(1), 137–148.
13. เกศินี วีรศิลป์, ธนวัฒน์ ปินตา, อุบลวรรณ สุภาแสน, เชษฐ ใจเพชร และวินิจ ผาเจริญ. (2566) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในพื้นที่ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย.; 3(1): 16-31.

ประสิทธิผลการทับหม้อเกลือต่อการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอด

Effectiveness of the salt pot on the reduction of abdominal size in mothers after giving birth.

(Received: June 6,2024 ; Revised: June 9,2024 ; Accepted: June 10,2024)

สุพรรณษา มีวิชา¹

Suphansa Meevicha¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการทับหม้อเกลือต่อการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอบำบัด จังหวัดหนองคาย ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในวิจัยครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ มารดาหลังคลอดที่คลอดปกติ จำนวน 10 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการทับหม้อเกลือ วันเว้นวัน จำนวน 3 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย สายวัดเพื่อวัดระดับหน้าท้องในมารดาหลังคลอด การทับหม้อเกลือ และแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผลการทับหม้อเกลือพบว่าผลการลดลงของระดับขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอดก่อนการทับหม้อเกลือพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการลดลงของหน้าท้องอยู่ที่ 93.62 (S.D.=7.95) และหลังการทับหม้อเกลือพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการลดลงของหน้าท้องอยู่ที่ 90.00 (S.D.= 8.12) ระดับการลดลงของระดับหน้าท้องในมารดาหลังคลอดก่อนและหลังการทับหม้อเกลือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

คำสำคัญ : การทับหม้อเกลือ, มารดาหลังคลอด, การแพทย์แผนไทย

Abstract

This research is a quasi-experimental study. (Quasi-experimental research) aims to study the effectiveness of placing a salt pot on reducing the size of the abdomen in mothers after giving birth. Ban Duea Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Bo District, Nong Khai Province Study with one sample group The sample used in this research was a purposive selection of 10 postpartum mothers who had normal births. The sample received the service of salt pot pouring, every other day, 3 times. The tools used in the research consisted of Measuring tape to measure the level of the abdomen in mothers after giving birth. Salt pot crushing and questionnaires. Statistics used in data analysis include percentage (%), mean (mean), standard deviation (S.D.) and paired t-test.

The research results found that; The results of the salt pot crushing revealed that the results of the reduction in the size of the abdomen in mothers after giving birth before the salt pot crushing were found. The average level of abdominal reduction was 93.62 (S.D.=7.95) and after crushing the salt pot it was found that The mean level of abdominal reduction was 90.00 (S.D.= 8.12). The level of abdominal reduction in mothers after giving birth before and after crushing the salt pot. There is a statistically significant difference at the .00 level.

Keywords: salt pot filling, postpartum mothers, Thai traditional medicine

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนา ภูมิปัญญาไทย
สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 ที่ผ่าน

กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ
ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตั้งแต่ระดับ
ท้องถิ่นจนถึง ระดับประเทศ มีการรับฟังความ

¹ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเตื่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบำบัด จังหวัดหนองคาย

คิดเห็นใน “สมัชชาสุขภาพ เฉพาะประเด็น” ว่าด้วยการพิจารณา (ร่าง) ยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560-2564) เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2559 ในงานการประชุม วิชาการประจำปี การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและ การแพทย์ทางเลือก ครั้งที่ 13 ปัจจุบันยุทธศาสตร์ชาติฯ ฉบับที่ 3 ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้ว เมื่อ 12 กันยายน 2560 โดยสาระสำคัญคือ มีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และใช้อย่างสมเหตุสมผล¹

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ส่งผลกระทบต่อประเทศชาติในทุกด้าน โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องพัฒนาระบบสุขภาพให้ก้าวหน้าและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบท ทางสังคม นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี รวมไปถึงแผนปฏิรูปประเทศ จึงทำให้เกิด “แผนยุทธศาสตร์ ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข” เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตอบสนองการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายของ ประเทศชาติให้เกิดความ “มั่นคง มั่งคั่ง และ ยั่งยืน” ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่จะต้องสามารถยกระดับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้เกิดการใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ บูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างลงตัว โดยยึดประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ²

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนดนโยบายให้มีการผสมผสานงานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ และระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างกว้างขวางและเท่าเทียม มาตั้งแต่ ปี 2544 ซึ่ง

ประกอบด้วยการ จัดบริการ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ ได้กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดใหญ่ จัดให้บริการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด หรือที่เรียกว่า การทัพบมือเกลือ ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก คือ 1) การนวด 2) การอบไอน้ำสมุนไพรหรือการเข้า กระโจม 3) การประคบสมุนไพร 4) การทัพบมือเกลือ 5) การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่หญิง หลังคลอด ซึ่งหญิงหลังคลอดจะได้รับการดูแลด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ทั้ง 5 กิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังคลอด ปัจจุบันศาสตร์การแพทย์แผนไทยเริ่มมีบทบาทและมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด นับเป็นศาสตร์ทางเลือกอีกด้านหนึ่ง ที่สถานบริการสาธารณสุขต้องจัดบริการดังกล่าว³

การทัพบมือเกลือ เป็นภูมิปัญญาไทยอย่างหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพในการลดขนาดต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะพุง หรือช่วงเอว กระชับหน้าท้อง และช่วยขับของเสียในช่องท้องได้เร็วขึ้น เพื่อเพิ่มการส่งเสริมการออกกำลังกายในการลดขนาดในคนอ้วนหรือคนที่มีพุง อีกทั้งเพิ่มทางเลือกให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ในการกระตุ้นให้คนไทยหันมาสนใจการใช้บริการทัพบมือเกลือซึ่งเป็นภูมิปัญญาของชาติมาลดขนาดแทนการใช้เงินเข้าสถานบริการเสริมความงามราคาแพงต่าง ๆ ในการลดขนาดซึ่งมีมูลค่าเป็นหลักหมื่นขึ้นไปในการใช้บริการที่ฟุ่มเฟือยได้^{4,5}

จากข้อมูลรายงานเฉพาะหญิงหลังคลอดที่ได้รับบริการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2562 มีหญิงหลังคลอดในตำบลบ้านเตื่อ รวมทั้งหมดจำนวน 121 คน โดยในปี 2561 มีจำนวน 69 คน แยกประเภทวิธีการคลอดแบบ

คลอดปกติ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 การคลอดแบบผ่าตัดคลอด จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และในปี 2562 มีจำนวน 52 คน การคลอดแบบคลอดปกติ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 71.15 การคลอดแบบผ่าตัดคลอด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 28.85 ตามลำดับ จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย และส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาไทยด้านการบริการมารดาหลังคลอด เพื่อให้ประชาชนได้มีทางเลือกในการดูแลสุขภาพ บำบัดรักษาโรค และผลักดันให้การผดุงครรภ์ไทย เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ จึงเห็นถึงความสำคัญโดยได้จัดกิจกรรมบริการดูแลหญิงหลังคลอดเข้าสู่ระบบบริการผู้ป่วย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาประสิทธิผลการบำบัดมือเกลื้อต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในมารดาหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและส่งเสริมการพัฒนางานแพทย์แผนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบำบัดมือเกลื้อต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียว ใช้สถิติค่า Paired t – test แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบำบัดมือเกลื้อต่อการลดลงของขนาดน้ำตาลในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ หญิงหลังคลอดที่มารับบริการรับบาลัทหม้อเกลื้อ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2563 -31 ตุลาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหญิงหลังคลอดที่คลอดปกติ จำนวน 10 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เป็นมารดาที่คลอดด้วยวิธีปกติ 2) หลังการคลอด 7 วัน 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น การอักเสบของแผลฝีเย็บและมดลูก แผลบวมและปวดมาก 4) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 5) ไม่จำกัดอายุ การศึกษา อาชีพ การทำงาน 6) ยินยอมเข้าร่วมโครงการความสมัครใจ

เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกอาสาสมัครออกรวมโครงการ (Exclusion criteria) 1) พบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะการตกเลือดหลังคลอด มีภาวะอักเสบ ของมดลูก ปวดรุนแรง แผลฝีเย็บติดเชื้อ 2) มีไข้สูง 38 องศาขึ้นไป 3) ผ่าตัดคลอด (C/S) 4) มีประวัติแพ้สมุนไพรทุกชนิด 5) ความดันโลหิตสูง 6) ใช้วิธีการดูแลสุขภาพหลังคลอดด้วยวิธีทางเลือกอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. สายวัดเพื่อวัดระดับน้ำตาลในมารดาหลังคลอด วิธีการคือ วัดขนาดน้ำตาลในบริเวณรอบสะดือก่อนและหลังการบำบัดมือเกลื้อ

2. การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการบำบัดมือเกลื้อ

2.1 อุปกรณ์ในการบำบัดมือเกลื้อ 1) ผ้ารูปสี่เหลี่ยมด้านเท่า ขนาด 50x50 เซนติเมตร(สำหรับห่อหม้อเกลื้อ) 2) หม้อทะนุ (เตรียมไว้ 2 ใบ) 3) เตาแก๊สขนาดเล็กให้พอดีกับหม้อ 4) เกลือตัวผู้

(เกลือทะเล) เติมเกลือให้ถึงคอคอหม้อ ตั้งไฟจนเม็ดเกลือแตก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2.2 ตัวยาสมุนไพร ประกอบด้วย 1) โพลสด 100 กรัม 2) ว่านนางคำ 50 กรัม 3) ว่านชักมดลูก 50 กรัม 4) ขมิ้นชัน 50 กรัม 5) ผิวมะกรูด 50 กรัม 6) การบูร 1.5 กรัม 7) ใบพลับพลึง 3-4 ใบ กรีดเอาเส้นกลางใบออก

2.3 วิธีการเตรียมหม้อเกลือ 1) ล้างโพล ว่านนางคำ ว่านชักมดลูก และขมิ้นชันให้สะอาด ไม่ต้องปอกเปลือก ผิวมะกรูดปอกเอาเฉพาะเปลือก หั่นเป็นชิ้นหรือตำหยาบๆพอแหลก คลุกตัวยาสุนัขทั้ง 5 เกล้าให้เข้ากันผสมกับการบูร วางบนผ้าที่เตรียมไว้ห่อ 2) นำใบพลับพลึงกรีดเอาเส้นกลางใบออก เอาด้านหน้าวางบนตัวยาคู่กัน 2 ใบอีกสองใบวางทับ ตั้งฉากกัน วางหม้อเกลือทับใบพลับพลึง ห่อผ้ามัดให้แน่น 3) นำเกลือใส่หม้อหะนุนให้เต็มหม้อ ตั้งไฟประมาณ 15 นาที หรือร้อนจนได้ที่ยกหม้อเกลือลง วางบนใบพลับพลึงที่เตรียมไว้ในข้อ 2 ทุกครั้งห่อผ้ามัดให้แน่น แล้วนำไปนึ่งบนหน้าห้องหญิง

2.4 ขั้นตอนในการบำบัดหม้อเกลือ 1) ขั้นตอนแรก 1.1) นวดแนวเส้นพื้นฐานขาเปิดประตูลม 1.2) นวดแนวเส้นพื้นฐานขานอก ขาใน และแนวเส้นพื้นฐานหลัง 1.3) นวดโถมดลูก การโกยตอโกยไปในทิศทางเดียวกัน โดยเริ่มจากกระดูกหัวเหน่าฝั่งใกล้ตัว 1.4) นำหม้อเกลือมานาบบนหน้าท้องของมารดาหลังคลอด โดยทำที่ละข้าง เริ่มจากด้านที่ใกล้ตัวก่อน 2) ขั้นตอนที่สอง นำหม้อเกลือมานาบบนหน้าท้องของมารดาหลังคลอดโดยทำที่ละข้าง เริ่มจากด้านที่ใกล้ตัวก่อน

3. แบบประเมินอาการเจ็บปวดก่อนและหลังการบำบัดหม้อเกลือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ประวัติการคลอดบุตร

ตอนที่ 3 แบบประเมินอาการเจ็บปวดก่อนและหลังการบำบัดหม้อเกลือ มาตรฐานที่ใช้วัดความรู้สึกเจ็บปวด (visual analogue scale of pain) พิสัย

0-10 เซนติเมตร (ใช้คะแนน 0-10 มิลลิเมตร นำไปแปรผลค่าทางสถิติ)

คำอธิบายเกณฑ์การวัดระดับความเจ็บปวด

ไม่รู้สึกรู้สึกเจ็บปวด มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 คะแนน

มีความรู้สึกเจ็บปวดเล็กน้อย มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1.0 – 2.9 คะแนน

มีความรู้สึกเจ็บปวดปานกลาง มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 3.0 – 6.9 คะแนน

มีความรู้สึกเจ็บปวดมาก มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 7.0 – 9.9 คะแนน

มีความรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 10.0 คะแนน

เกณฑ์วัดระดับความเจ็บปวดดังกล่าว ใช้ในการวัดความรู้สึกเจ็บปวดทั้งก่อนและหลังการบำบัดหม้อเกลือ ว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

ตอนที่ 4 แบบบันทึกผลการลดลงของระดับหน้าท้องในมารดาหลังคลอดก่อนและหลังการบำบัดหม้อเกลือ

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอลำปาง จังหวัดหนองคาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เป็นการทดลองกลุ่มเดียว

3. กลุ่มทดลองผู้วิจัยจะประเมินโดยวิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบบันทึกการประเมินอาการปวดก่อนและหลังการบำบัดหม้อเกลือ โดยการนัดวันเว้นวัน จำนวน 3 ครั้ง

4. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

5. ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน

เพื่อ ได้รับการตรวจและซักประวัติอย่างละเอียดตามแนวเวชปฏิบัติด้านการผดุงครรภ์ไทย

6. ผู้ป่วยรับฟังการอธิบายวิธีการกรอกข้อมูลในแบบสอบถามกรอกข้อมูลเบื้องต้นประเมินอาการปวดก่อนการทับหม้อเกลือและทำการตรวจวัดระดับขนาดหน้าท้องและส่งไปทำการรักษาตามแผนการรักษา หลังจากการทดลองทำหัตถการเสร็จแล้ว ประมาณ 1 ชั่วโมง จะประเมินอาการปวดหลังการทับหม้อเกลือ จากนั้นทำการตรวจวัดระดับขนาดหน้าท้องอีกครั้ง

7. ผู้ป่วยจะได้ทำการทับหม้อเกลือในวันที่ 1, 3 และวันที่ 5

8. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์การวิจัยทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการทดสอบทางสมมติฐาน ได้แก่ Paired t – test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 43/2563 วันที่รับรอง 17 กรกฎาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ที่มารับบริการส่วนใหญ่มีอายุ 20-29 ปี และ อายุ 30-39 ปี มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมามีอายุ ต่ำกว่า 20 ปี มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 มีสถานภาพคู่ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ

ชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือพนักงานบริษัท จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และรับราชการ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00

2. ประวัติการคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา มีบุตร 1 คน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และไม่มีบุตร 3 คน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตรจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และมีประวัติการแท้งบุตร จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลองในครั้งนี้ คลอดปกติจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

3. อาการเจ็บปวดก่อนและหลังการทับหม้อเกลือ จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างอาการปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทับหม้อเกลือโดยใช้ Paired t-test ประเมินอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยคิดค่าเฉลี่ยเป็น ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t และค่า p-value ทั้ง 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกปวดมีค่าตั้งแต่ 0-10 ก่อนการทับหม้อเกลือ พบว่าค่าเฉลี่ยอาการปวดอยู่ที่ 3.50 และหลังการทับหม้อเกลือ ค่าเฉลี่ยอาการปวดอยู่ที่ 3.40 ระดับความรู้สึกปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทับหม้อเกลือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

ครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกปวดมีค่าตั้งแต่ 0-10 ก่อนการทับหม้อเกลือ พบว่าค่าเฉลี่ยอาการปวดอยู่ที่ 2.40 และหลังการทับหม้อเกลือ ค่าเฉลี่ยอาการปวดอยู่ที่ 1.30 ระดับความรู้สึกปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทับหม้อเกลือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกปวดมีค่าตั้งแต่ 0-10 ก่อนการทับหม้อเกลือ พบว่า

ค่าเฉลี่ยอาการปวดอยู่ที่ .30 และหลังการทับหม้อเกลือ ค่าเฉลี่ยอาการปวดอยู่ที่ .50 ระดับความรู้สึกปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทับหม้อเกลือมี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .04 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการปวดก่อนและหลังการทับหม้อเกลือ โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=10)

อาการปวด	ก่อนทับหม้อเกลือ		หลังทับหม้อเกลือ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ครั้งที่ 1	3.50	.71	3.40	.52	11.00	.00
ครั้งที่ 2	2.40	.52	1.30	.48	11.00	.01
ครั้งที่ 3	1.30	.48	0.50	.53	6.00	.04

p<.05

4. ผลการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอดก่อนและหลัง การทับหม้อเกลือ
จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างผลการลดลงของขนาดหน้าท้องก่อนและหลังการทับหม้อเกลือในมารดาหลังคลอด โดยใช้สถิติค่า Paired t-test ประเมินผลของการลดลง โดยคิดค่าเฉลี่ยเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t และค่า p-value ทั้ง 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างก่อนการทับหม้อเกลือพบว่า ค่าเฉลี่ยการลดลงของขนาดหน้าท้องอยู่ที่ 93.62 (S.D.=7.95) และหลังการทับหม้อเกลือค่าเฉลี่ยการลดลงของขนาดหน้าท้องอยู่ที่ 93.31 (S.D.=8.08) ระดับการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังการทับหม้อเกลือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

ครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างก่อนการทับหม้อเกลือพบว่า ค่าเฉลี่ยการลดลงของขนาดหน้าท้องอยู่ที่ 92.05 (S.D.=8.13) และหลังการทับหม้อเกลือค่าเฉลี่ยการลดลงของขนาดหน้าท้องอยู่ที่ 91.70 (S.D.=8.26) ระดับการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังการทับหม้อเกลือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

ครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างก่อนการทับหม้อเกลือพบว่า ค่าเฉลี่ยการลดลงของขนาดหน้าท้องอยู่ที่ 90.33 (S.D.=8.04) และหลังการทับหม้อเกลือค่าเฉลี่ยการลดลงของขนาดหน้าท้องอยู่ที่ 90.00 (S.D.=8.12) ระดับการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังการทับหม้อเกลือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังการทับหม้อเกลือโดยใช้ค่า Paired t-test (n=10)

การลดลงของขนาดหน้าท้อง	ก่อนทับหม้อเกลือ		หลังทับหม้อเกลือ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ครั้งที่ 1	93.62	7.95	93.31	8.08	2.65	.00
ครั้งที่ 2	92.05	8.13	91.70	8.26	2.33	.00
ครั้งที่ 3	90.33	8.04	90.00	8.12	2.55	.00

p<.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิภาพการทับหม้อเกลือต่อการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอบำบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่าหญิงหลังคลอดจำนวน 10 คน มีระดับความรู้สึกลด การทับหม้อเกลือ พบว่าก่อนการทับหม้อเกลือ ค่าเฉลี่ยอาการปวดอยู่ที่ 3.50 2.40 และ 1.30 ตามลำดับ และหลังการทับหม้อเกลือ ค่าเฉลี่ยอาการปวดลดลงอยู่ที่ 3.40 1.30 และ 0.50 ตามลำดับ โดยมีซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ระดับขนาดหน้าท้องก่อนและหลังการทับหม้อเกลือ พบว่าก่อนการทับหม้อเกลือมีระดับการลดลงของขนาดหน้าท้องเฉลี่ยอยู่ที่ 93.62 92.05 และ 90.33 ตามลำดับ และหลังการทับหม้อเกลือมีระดับการลดลงของขนาดหน้าท้องที่ระดับ 93.31 91.70 และ 90.00 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 แสดงว่าการทับหม้อเกลือมีผลต่อการลดลงของขนาดหน้าท้องในมารดาหลังคลอดได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตรา ปัญญามัง, มานพ ชมภู และ วิลาสินี บุตรศรี (2550)⁶ ได้ศึกษาผลของการทับหม้อเกลือต่อการลดลงของระดับยอคมดลูกหญิงหลังคลอด คลอดปกติ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 20 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สายวัดเพื่อวัดระดับยอคมดลูกทางหน้าท้อง โดยวัดยอคมดลูกถึงขอบบนของกระดูกหัวเหน่าในวันที่ 1,2,8 และ 12 หลังคลอด การวัดขนาดของมดลูกโดยใช้เครื่องตรวจคลื่นความถี่สูง (Ultrasound) ทางหน้าท้อง ในวันที่ 8 และ 12 หลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า ระดับมดลูกจากการวัดสายวัด ภายหลังได้รับการทับหม้อเกลือระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.898$) ขนาดของมดลูก 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้าน Antero-Posterior (AP) ด้าน Longitudinal (LS) และด้าน Transverse (TS) และปริมาตรของมดลูก (Uterine Volume, Ut

Vol) ซึ่งวัดโดยใช้เครื่องตรวจความถี่สูง (Ultrasound) ภายหลังได้รับการทับหม้อเกลือระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.807$, $p=.625$, $p=.050$ และ $p=.950$ ตามลำดับ) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการทับหม้อเกลือรู้สึกเบาสบาย หายปวดหลังปวดเอว หน้าท้องกระชับ และน้ำหนักไหลมากขึ้น และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของฉันทรัตน์ ไพธรรณ (2552)⁷ ได้ศึกษาผลของการทับหม้อเกลือต่อการลดขนาดรอบเอวของหญิงที่มีขนาดรอบเอวเกินมาตรฐาน ในผู้หญิงที่มีอายุ 18-45 ปี ที่มี BMI อยู่ในระดับอ้วนที่ 23 ขึ้นไป และมีเส้นรอบเอวเท่ากับ 80 เซนติเมตรขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่า การการทับหม้อเกลือมีผลต่อการลดลงของรอบเอวในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากขนาดรอบเอวและน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างเริ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$ ตั้งแต่วันที่ 2 ของการทดลอง แต่หนึ่งสัปดาห์หลังจากการทับหม้อเกลือครั้งสุดท้าย น้ำหนักและรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับครั้งแรก และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของเอี่ยมพร สุวรรณไตรย์ และคณะ (2557)⁸ ได้ศึกษาประสิทธิภาพการทับหม้อเกลือในการดูแลหญิงหลังคลอด โดยศึกษาในหญิงหลังคลอด 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองทับหม้อเกลือแบบปกติ 30 ราย และกลุ่มควบคุมทับหม้อเกลือแบบหลอก 30 ราย ก่อนและหลังการทดลองจะตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทย วัดสัดส่วนร่างกาย สีของน้ำคาวปลา ระดับความปวดกล้ามเนื้อ ปวดมดลูก และความพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความปวดกล้ามเนื้อหลังการทดลอง และระยะเวลาในการหายปวดกล้ามเนื้อระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $P = 0.04$) ไม่พบความแตกต่างในทางสถิติของค่าเฉลี่ยระดับความปวดมดลูกและระยะเวลาในการหายปวดมดลูกระหว่างกลุ่ม ส่วนผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนของ

ร่างกายก่อนและหลังทดลองทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีสีของน้ำคาวปลาหลังการทดลองวันที่ 5 แตกต่างจากของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $P = 0.008$) สรุปการทาบหม้อเกลือมีประสิทธิผลช่วยลดระดับความปวดกล้ามเนื้อและปวดมดลูก มีผลต่อสีของน้ำคาวปลา ให้ความพึงพอใจและไม่พบอาการแทรกซ้อน

กล่าวโดยสรุปผลของการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยวิธีการทาบหม้อเกลือ เพราะเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่ช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น ช่วยขับน้ำคาวปลา ช่วยให้ขนาดระดับหน้าท้องลดลง และยังช่วยลดอาการปวดเมื่อยหลังคลอดได้ จากผลการศึกษาทำให้มีข้อมูลที่จะสนับสนุนการดูแลรักษามารดาหลังคลอดด้วยวิธีการทาบหม้อเกลือ ซึ่งเป็นศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านการผดุงครรภ์ไทย ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วย

การทาบหม้อเกลือ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการเลือกรับบริการ และควรมีการอนุรักษ์ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยการทาบหม้อเกลือ ซึ่งเป็นภูมิปัญญาของการแพทย์แผนไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทดสอบความร้อนของหม้อเกลือ ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดแผลไหม้พุพองจากความร้อน
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องการเปรียบเทียบการทาบหม้อเกลือกับการประคบสมุนไพร เพื่อจะได้ขยายผลในการลดสัดส่วนของร่างกายบริเวณอื่นๆ ที่ลดขนาดยาก ในการวิจัยครั้งต่อไป
3. ผลการศึกษาสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาด้านการให้บริการการบริบาลมารดาหลังคลอดในชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย โชควิวัฒน์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประพจน์ เกตุธำมาศ, อำพล จินดาวัฒน์, และ สุพรรณ ศรีธรรมมา บรรณาธิการ. (2555). แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555-2559). นนทบุรี : อูษาการพิมพ์.
2. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). แผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2562). กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
3. ปราโมทย์ เสถียรรัตน์. (2554). คู่มือการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ณ. ปุณณวิทย์พันธ์ Ed.). องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย.
4. กระทรวงศึกษาธิการ. กรมวิชาการ. สถาบันภาษาไทย. (2542). แพทยศาสตร์สงเคราะห์ : ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกวรรณกรรมของชาติ. กรุงเทพฯ.
5. กระทรวงศึกษาธิการ. กรมศิลปากร. (2542). ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
6. จิตรา ปัญญาเม้ง, มานพ ชมภู และคณะ. (2550). ผลของการทาบหม้อเกลือต่อการลดลงของระดับยอดมดลูกหญิงหลังคลอด. ปริญญานิพนธ์, สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
7. ฉันทรัตน์ ไพรสวรรณ. (2552). ศึกษาผลของการทาบหม้อเกลือต่อการลดขนาดรอบเอวของหญิงที่มีขนาดรอบเอวเกินมาตรฐาน. ปริญญานิพนธ์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
8. เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์, ปาริณกุล ตั้งสุขฤทัย, สุรางค์ วิเศษมณี, ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, ประวิทย์ อัครเสริณนท์, และทวี เลหาพันธ์. (2557). การศึกษาประสิทธิผลการทาบหม้อเกลือในการดูแลหญิงหลังคลอด. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 144-156.

ผลของการประคบสมุนไพรร้อนชื้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3

Effects of hot and moist herbal compresses to reduce low back pain in first-time pregnant women in the third period of pregnancy.

(Received: June 6,2024 ; Revised: June 23,2024 ; Accepted: June 24,2024)

จุฑารัตน์ แวดล้อม¹

Jutharat Waedlom¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประคบสมุนไพรร้อนชื้นต่อระดับความปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังได้รับการประคบสมุนไพรร้อนชื้น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ และสถิติ Paired t test

ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความปวดก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่าการประคบสมุนไพรร้อนชื้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยหลังจากการประคบสมุนไพรร้อนชื้นในหญิงตั้งครรภ์มีอาการปวด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.52 (S.D. = 1.208) ซึ่งลดลงจากก่อนการประคบสมุนไพรร้อนชื้น ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 (S.D. = 1.256)

คำสำคัญ: การประคบสมุนไพรร้อนชื้น, อาการปวดหลังส่วนล่าง, หญิงตั้งครรภ์แรก, อายุครรภ์ 3 สัปดาห์

Abstract

This action research aimed to study the effect of hot and moist herbal compresses on the level of lower back pain of first-time pregnant women in their third trimester of pregnancy before and after receiving hot and moist herbal compresses. Sample groups include: Pregnant women coming for prenatal care at Phon Phisai Hospital Phon Phisai District Nong Khai Province, 31 people. The tools used to collect data were recording forms. Data were analyzed using descriptive statistics. By means of frequency distribution and percentage values and Paired t test statistics.

The research results found that: The results of comparing lower back pain among first-time pregnant women in their third trimester before and after applying hot and moist herbal compresses. It was found that when comparing the difference in pain levels before and after applying hot and moist herbal compresses, it was found that the herbal compresses Hot and humid heat has a statistically significant effect on the change in the level of low back pain in pregnant women in the third trimester before and after ($p < 0.001$). After applying hot and humid herbal compresses in pregnant women, pain The average value was 1.52 (S.D. = 1.208), which decreased from before using hot and moist herbal compresses. with an average of 4.39 (S.D. = 1.256)

Keywords: hot and moist herbal compress, lower back pain, first-time pregnant women, 3 weeks of pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบต่างๆในร่างกาย

เพื่อให้มีสภาพที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อ เมื่ออายุครรภ์และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร่างกายจะมีการปรับตัว

¹ แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

ของกระดูกสันหลังส่วนเอวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายไว้ไม่ให้ล้ม กล้ามเนื้อและข้อต่อทางด้านหลังต้องหดตัวด้านไว้เพื่อถ่วงดุลจุดศูนย์กลางของร่างกาย ทำให้เกิดการแอ่นหลังมากขึ้นส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการให้รู้สึกอึดอัด ตึงแน่นบริเวณหน้าท้อง และเมื่อมดลูกมีการขยายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กดทับบริเวณหัวหน้าและกระเพาะปัสสาวะ ทำให้รู้สึกปวดหน่วงบริเวณเชิงกราน และรู้สึกปวดปัสสาวะบ่อยจนบางครั้งในขณะที่ถูกดันอาจทำให้มีอาการปัสสาวะเล็ดได้ และอาการที่พบมากที่สุดในช่วงสุดท้ายของการตั้งครรภ์คืออาการปวดหลังส่วนล่าง¹

ประชากรหญิงตั้งครรภ์ชาวอำเภอโพธิ์ชัย ในปี 2562 ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัยจำนวน 1,599 ราย ซึ่งมีอายุครรภ์ในไตรมาสแรกช่วง 3 เดือนแรก จำนวน 313 ราย อายุครรภ์ในไตรมาสที่ 2 (4-6 เดือน) จำนวน 451 ราย และอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 (6-9 เดือน) จำนวน 835 ราย ตามลำดับ² ซึ่งต้องได้รับการตรวจครรภ์ ตลอดระยะของการตั้งครรภ์ เพื่อให้ครรภ์นั้นแข็งแรงและปลอดภัยทั้งมารดาและทารกตามเกณฑ์คุณภาพการฝากครรภ์ของกระทรวงสาธารณสุข คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลโพธิ์ชัยให้บริการรับฝากครรภ์ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ได้รับการสนับสนุนสูตินารีแพทย์จากโรงพยาบาลหนองคายมาช่วยในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์

จากการที่งานแพทย์แผนไทยมีส่วนร่วมในการเข้ามาดูแลหญิงตั้งครรภ์โรงเรียนพ่อแม่ โดยมีการส่งเสริมสุขภาพทุกวันจันทร์ จึงได้สุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์จำนวน 31 ราย พบว่า อาการที่สร้างความไม่สุขสบายให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้แก่ มีอาการปวดหลังส่วนล่างมากที่สุด รองลงมาอาการตะคริว น่อง ปวดขัดสะโพก ปวดขาตามลำดับ และอาการเหล่านี้จะพบในหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 มากที่สุด และได้สุ่มถามหญิงตั้งครรภ์ถึงการแก้ไขปัญหามีเมื่อเกิดอาการปวดพบว่า หญิงตั้งครรภ์ก็จะให้ญาติหรือสามีใช้ยาหม่องทาถูบริเวณที่ปวดหรือไม่ก็อดทนเอาโดยไม่รู้จะทำอย่างไร ถ้ารับประทานยาแก้ปวดก็กลัว

ที่จะส่งผลต่อทารกในครรภ์ และได้ข้อเสนอแนะจากหญิงตั้งครรภ์หากมีวิธีอื่นในการบรรเทาอาการปวดก็จะเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้³

ในปัจจุบันโรงพยาบาลโพธิ์ชัยได้นำศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เปิดให้บริการแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้แก่ การใช้ยาสมุนไพรในการบำบัดรักษาโรค การนวดไทย การอบไอน้ำสมุนไพรและการประคบสมุนไพร ซึ่งการประคบสมุนไพรเป็นวิธีที่สะดวกและปลอดภัย จะช่วยให้เกิดการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ เส้นเอ็นและเพิ่มการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อได้มากขึ้นเนื่องจากยาประคบสมุนไพรจะมีตัวยาประกอบด้วย โพล ขมิ้นชันซึ่งมีสรรพคุณ ช่วยลดอาการฟกช้ำบวมลดการอักเสบ ตะไคร้ ผิวมะกรูด การบูร ช่วยแต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ แก้ลมวิงเวียน ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่งบรรเทาอาการหืดหอบจุก กลิ่นของสมุนไพรกลุ่มนี้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกสดชื่นผ่อนคลาย กลุ่มสมุนไพรที่มีรสเปรี้ยวได้แก่ ใบมะขาม ใบส้มป่อย ช่วยให้เส้นเอ็นหย่อน แก้โรคผิวหนังคัน ช่วยบำรุงผิว ช่วยบำรุงผิวพรรณ เพิ่มความต้านทานโรคให้กับผิวหนัง แก้ปวดเมื่อย และเกลือ ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาให้ตัวยาชิม ผ่านผิวหนังได้ดีขึ้น⁴ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้วิธีการประคบสมุนไพรร้อนขึ้นมามีใช้ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการในการวางแผนพัฒนาแนวทางการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพและศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังได้รับประคบสมุนไพรร้อนขึ้นให้ทีมสหวิชาชีพมีความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยและเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งในการบำบัดรักษาอาการปวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคายได้

จากปัญหาข้างต้นผู้วิจัยจึงอยากจะเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาอาการเหล่านี้ให้กับหญิงตั้งครรภ์โดยนำการประคบสมุนไพรร้อนขึ้น ที่ผลิต

ขึ้นมาเองจากโรงพยาบาลโพธิสัย เพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการประคบสมุนไพรร้อนขึ้นต่อระดับความปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังได้รับการประคบสมุนไพรร้อนขึ้น

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการประคบสมุนไพรร้อนขึ้นสำหรับลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) ด้วยวิธีศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพธิสัย อำเภอโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพธิสัย อำเภอโพธิสัย จังหวัดหนองคาย โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลโพธิสัย อำเภอโพธิสัย จังหวัดหนองคาย 2) หญิงตั้งครรภ์แรก ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 29 – 42 สัปดาห์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างมีระดับความปวดตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) ไม่มีบาดแผลเปิดหรือแผลติดเชื้อที่บริเวณหลังส่วนล่าง 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการครรภ์เป็นพิษ (Toxemia of Pregnancy) 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือ

เท่ากับ 140 mm.Hg และ/หรือ diastolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 mm.Hg) ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้และอาเจียน 3) หญิงตั้งครรภ์ที่มีไข้เกิน 37.5 องศาเซลเซียส 4) หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน 5) หญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารน้อยกว่า 1 ชั่วโมง 6) ผู้มีประวัติแพ้สมุนไพร

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 30 มิถุนายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. ลูกประคบสมุนไพร ผลิตโดยโรงผลิตยาสมุนไพร โรงพยาบาลโพธิสัย ขนาด 150 กรัม ประกอบด้วย ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ ผิวมะกรูด ใบมะขาม ใบส้มป่อย เกลือ การบูร

2. เครื่องมือวัดระดับความปวด (pain rating scales) แบบมาตรวัดด้วยใบหน้า (face rating scales)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ อายุครรภ์

2. แบบบันทึกระดับความปวด หมายถึง ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งทางด้านประสาทสัมผัส (ร่างกาย) และอารมณ์ (ความรู้สึก) ที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือเมื่อเนื้อเยื่อมีโอกาสบาดเจ็บ หรือ เสมือนว่ามีการบาดเจ็บ โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความปวด (pain rating scales) แบบมาตรวัดด้วยใบหน้า (face rating scales) คือการใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด ซึ่งเป็นการใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด เริ่มตั้งแต่ไม่ปวดแทนด้วยภาพสีหน้ายิ้ม ไล่เรียงมาจนถึงปวดมากที่สุดแทนด้วยภาพเศร้า แบ่งเป็น 10 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง ไม่ปวด

ระดับ 1 หมายถึง ปวดน้อยมากแทบไม่รู้สึก

ระดับ 2 หมายถึง ถ้าไม่สังเกตก็ไม่ค่อยปวด (อาการปวดยังไม่รบกวนการทํากิจกรรมต่าง)

ระดับ 3 หมายถึง อาการปวดทรวงอกบ้างในบางครั้ง

ระดับ 4 หมายถึง อาการปวดทรวงอกอยู่บ่อยๆ (แต่ยังทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ)

ระดับ 5 หมายถึง อาการปวดขัดขวางกิจกรรมบางอย่าง

ระดับ 6 หมายถึง ปวดจนต้องหยุดพักหรือหลีกเลี่ยงการทำงานหรือกิจกรรมที่เคยทำอยู่ตามปกติ

ระดับ 7 หมายถึง ปวดจนทำกิจวัตรประจำวันลำบาก (ยืน นั่ง นอน มีอาการปวดจนลืมไม่ลง)

ระดับ 8 หมายถึง ปวดจนทำอะไรไม่สะดวก (ทำกิจกรรมต่างๆลำบาก/ทำได้แย่มาก)

ระดับ 9 หมายถึง ปวดจนแทบไม่ไหว

ระดับ 10 หมายถึง ปวดมาก ปวดเกินจะรับไหว ไม่สามารถอธิบายได้

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. **ขั้นเตรียมการ (Pre-Research Phase)** มี การดำเนินการ ดังนี้

1.1 สํารวจข้อมูลผู้มารับบริการที่งานฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

1.2 ผู้วิจัยทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. **ขั้นตอนดำเนินการวิจัย** ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1. ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการศึกษาและขอความร่วมมือในการศึกษา พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และกรอกใบยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา

2.2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการอ่าน

ข้อความให้ฟังทีละข้อ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตอบจนครบ

2.3. ผู้วิจัยทำการซักประวัติตรวจร่างกายเบื้องต้นก่อนการประคบร้อนสมุนไพร โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดอุณหภูมิในร่างกาย วัดอัตราการเต้นของหัวใจ และวัดความดันโลหิต

2.4. ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างทำแบบประเมินความปวดก่อนทำการประคบสมุนไพรร้อนขึ้น โดยใช้แบบมาตรวัดด้วยใบหน้า (face rating scales)

2.5. อธิบายขั้นตอนในการประคบร้อนสมุนไพรและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นให้เข้าใจตรงกันพร้อมแนวทางการปฏิบัติตัวขณะทำการประคบและหลังการประคบสมุนไพรร้อนขึ้น

2.6. ทำแบบประเมินความปวดหลังการรักษาโดยใช้แบบมาตรวัดด้วยใบหน้า (face rating scales) แล้วให้กลับบ้านได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ อายุครรภ์ ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) เปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนขึ้น ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 32/2563 ลงวันที่ 9 มกราคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 25.61 ± 6.125 ปี ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.0 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 35.48 ± 2.541 สัปดาห์ มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย

67.69±11.37 ส่วนมากมีน้ำหนักตัว 60-69 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 32.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายคิดเป็นร้อยละ 41.9 อาชีพหลักทำนาร้อยละ30.0 รสอาหารที่ชอบรับประทานร้อยละ38.7 รองลงมาคือรสจืดคิดเป็นร้อยละ22.6 การนอนหลับโดยเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อคืนคิดเป็นร้อยละ 38.7 6 พฤติกรรมการออกกำลังกายปฏิเสธการออกกำลังกายร้อยละ45.2และออกกำลังกายโดยการเดิน การปั่นจักรยานและเล่นโยคะคิดเป็นร้อยละ54.8

2. อาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ประกอบด้วย อวัยวะบริเวณที่อาการปวดขณะตั้งครรภ์ วิธีการแก้ไขเมื่อมีอาการปวดขณะตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่เริ่มปวดพบว่า อวัยวะบริเวณบั้นเอว-หลังที่อาการปวดขณะตั้งครรภ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ25.8 รองลงมาคือบริเวณเอว หลัง เข้า ขาคิดเป็นร้อยละ19.4 วิธีการแก้ไขเมื่อมีอาการปวดขณะตั้งครรภ์ให้สามีนวดมาก

ที่สุดคิดเป็นร้อยละ19.4 รองลงมาคืออยู่เฉยๆนอนพักคิดเป็นร้อยละ29.0 อายุครรภ์ที่เริ่มมีอาการปวดมากที่สุดพบที่ไตรมาส3 คิดเป็นร้อยละ 83.9

3. ผลการเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความปวดก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่า การประคบสมุนไพรร้อนชื้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยหลังจากการประคบสมุนไพรร้อนชื้นในหญิงตั้งครรภ์มีอาการปวด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.52 (S.D. = 1.208) ซึ่งลดลงจากก่อนการประคบสมุนไพรร้อนชื้น ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 (S.D. = 1.256) แสดงว่าการประคบสมุนไพรร้อนชื้นสามารถลดอาการปวดได้ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น (n = 31)

ประเด็น	ระดับความปวดก่อนการประคบ		ระดับความปวดหลังการประคบ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อาการปวดหลัง	4.39	1.256	1.52	1.208	22.250	<0.001*

4. การประคบสมุนไพรร้อนชื้นสำหรับลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 เป็นผลงานเชิงประจักษ์ ทีมสหวิชาชีพมีความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง การแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของการประคบสมุนไพรร้อนชื้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ก่อนและหลังการประคบสมุนไพรร้อนชื้น พบว่าอาการ

ปวดลดลงหลังได้รับการประคบสมุนไพรร้อนชื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้วิจัยได้ศึกษาความหมายขั้นตอนและประโยชน์ของการประคบสมุนไพรอย่างละเอียดและถูกต้อง ซึ่งการประคบสมุนไพรจะช่วยให้ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มารับบริการหัตถการการประคบสมุนไพรมีอาการปวดลดลงหลังจากได้รับการรักษาด้วยการประคบสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับ สถาบันแพทย์แผนไทยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข⁵ ที่ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการประคบสมุนไพร ดังนี้ 1. บรรเทาอาการปวดเมื่อย 2. ช่วยลดอาการบวม อักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ หลัง 24-48 ชั่วโมง 3. ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ 4.

ช่วยให้เนื้อเยื่อ พังผืดยึดตัวออก 5. ลดการติดขัดของ ข้อต่อ 6. ลดอาการปวด 7. ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของ เลือด อีกครั้งผู้วิจัยได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับข้อควร ระวังในการประคบสมุนไพรเพื่อเพื่อให้เกิดการประคบ สมุนไพรเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการรอง ขวัญข้าว⁶ ได้กล่าวถึงข้อควรระวังในการ ประคบสมุนไพร ดังนี้ 1. ห้ามใช้ลูกประคบที่ร้อน เกินไปโดยเฉพาะบริเวณผิวหนังอ่อนๆ หรือบริเวณที่ เคยเป็นแผลมาก่อน เพราะจะไวต่อความร้อนเป็น พิเศษ ถ้าต้องการประคบจริงๆ ควรใช้ผ้าขนหนูรอง ก่อน หรือรอให้ลูกประคบคลายความร้อนลง 2. สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ การประคบสมุนไพรต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวความรู้สึกตอบสนองต่อ ความร้อนช้าอาจจะทำให้ผิวหนังไหม้ หรือพองได้ง่าย ถ้าต้องการประคบจริงๆ ควรใช้ลูกประคบอุ่นๆ 3. ไม่ ควรใช้ลูกประคบสมุนไพรในกรณีที่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง และร้อน ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังประสบ เหตุ เพราะอาจทำให้บวมมากขึ้น 4. หลังจากประคบ สมุนไพรเสร็จแล้วยังไม่ควรล้างตัว หรืออาบน้ำทันที เพราะจะไปชะล้างตัวยาออกจากผิวหนังและร่างกาย อาจจะปรับอุณหภูมิไม่ทัน 5. หากมีไข้สูง 38.5 องศา เซลเซียส ไม่ควรประคบร้อน 6. หากมีโรคผิวหนัง มี บาดแผลเปิด แผลติดเชื้อ ฝีหนอง ห้ามประคบบริเวณ ที่เป็น

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลงานการวิจัยของ พรณี ปิงสุวรรณและคณะ⁷ ที่ได้ศึกษาการ เปรียบเทียบผลของความร้อนระหว่างแผ่นประคบ ร้อนและลูกประคบสมุนไพรต่อการบรรเทาปวดและ การเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการปวด และค่าทางสรีรวิทยาระหว่างการประคบแผ่นร้อน และลูกประคบสมุนไพรในอาสาสมัครปวดหลัง ส่วนล่างแบบไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผลการศึกษพบว่า ระดับความเจ็บปวด (visual analog scale; VAS) ของอาสาสมัครลดลงหลังได้รับแผ่นประคบร้อน (ค่าเฉลี่ย VAS ลดลง 1.36, $P < 0.01$) และลูกประคบ สมุนไพร (ค่าเฉลี่ย VAS ลดลง 1.03, $P < 0.001$) ทั้ง

สองวิธี มีผลลดปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ นอกจากนี้ อัตราการเต้นหัวใจของ อาสาสมัครที่ใช้ลูกประคบสมุนไพรลดลงมากกว่าการ รักษาด้วยแผ่นประคบร้อนอย่างมีนัยสำคัญ โดยมี ค่าเฉลี่ย 4 ครั้ง/นาที (95% CI: -1.13 ถึง -5.3, $P < 0.01$) แต่การใช้แผ่นประคบร้อนทำให้อุณหภูมิผิว กายสูงมากกว่าการใช้ลูกประคบสมุนไพร มีค่าเฉลี่ย 0.49 องศาเซลเซียส (95% CI: 0.06 ถึง 0.91, $P < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ระดับความรู้สึก กดเจ็บเพิ่มขึ้นในการรักษาด้วยลูกประคบสมุนไพร (ค่าเฉลี่ย 0.85 กิโลกรัม/ตารางเมตร, $P < 0.01$) และ มุมการเคลื่อนไหวของหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติในการใช้แผ่นประคบร้อน (ค่าเฉลี่ย 0.49 เซนติเมตร, $P < 0.001$) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความร้อนทั้งสองรูปแบบมีผลทำให้อาการ ปวดลดลงไม่แตกต่างกัน แต่การใช้ลูกประคบ สมุนไพรมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากกลืนสมุนไพรและการกดคลึงไปตาม กล้ามเนื้อหลัง อาจจะส่งผลทำให้เกิดการผ่านคลาย ได้ดีกว่า

จากผลการวิจัยดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าการ ประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างใน หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่ผ่าน การพัฒนาตามหลักการสร้าง และขั้นตอนของการ พัฒนาอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพสามารถ นำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้ ซึ่งบรรลุ ตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 และเป็นไปตาม สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1

การประคบสมุนไพรร้อนขึ้นสำหรับลดอาการ ปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ ไตรมาสที่ 3 เป็นผลงานเชิงประจักษ์ ทีมสหวิชาชีพมี ความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแพทย์แผน ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการและข้อ ควรระวังของการประคบสมุนไพรอย่างละเอียดและ ถูกต้อง ซึ่ง ผลการรอง ขวัญข้าว⁶ ได้กล่าวถึงข้อควร ระวังในการประคบสมุนไพร ดังนี้ 1. ห้ามใช้ลูก ประคบที่ร้อนเกินไปโดยเฉพาะบริเวณผิวหนังอ่อนๆ

หรือบริเวณที่เคยเป็นแผลมาก่อน เพราะจะไวต่อความร้อนเป็นพิเศษ ถ้าต้องการประคบจริงๆ ควรใช้ผ้าขนหนูรองก่อน หรือรอให้ลูกประคบคลายความร้อนลง 2. สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ การประคบสมุนไพรต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวความรู้สึกตอบสนองต่อความร้อนช้าอาจจะทำให้ผิวหนังไหม้หรือพองได้ง่าย ถ้าต้องการประคบจริงๆ ควรใช้ลูกประคบอุ่นๆ 3. ไม่ควรใช้ลูกประคบสมุนไพรในกรณีที่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง และร้อน ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังประสบเหตุ เพราะอาจทำให้บวมมากขึ้น 4. หลังจากประคบสมุนไพรเสร็จแล้วยังไม่ควรล้างตัว หรืออาบน้ำทันที เพราะจะไปชะล้างตัวยาออกจากผิวหนังและร่างกายอาจจะปรับอุณหภูมิไม่ทัน 5. หากมีไข้สูง 38.5 องศาเซลเซียส ไม่ควรประคบร้อน 6. หากมีโรคผิวหนัง มีบาดแผลเปิด แผลติดเชื้อ ฝีหนอง ห้ามประคบบริเวณที่เป็น ซึ่งหากมีการนำการประคบร้อนสมุนไพรไปใช้อย่างระมัดระวังจะส่งผลให้แนวทางในการประคบสมุนไพรร้อนขึ้นสำหรับลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ดียิ่งขึ้นไปด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความร้อนทั้งสองรูปแบบมีผลทำให้อาการปวดลดลงไม่แตกต่างกัน แต่การใช้ลูกประคบสมุนไพรมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทั้งนี้อาจเป็นผลจากกลิ่นสมุนไพรและการกดคลึงไปตามกล้ามเนื้อหลัง อาจจะส่งผลทำให้เกิดการผ่านคลายได้ดีกว่า คณะผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ความสะดวกในการนำไปใช้และวัสดุที่ใช้ความร้อนนานจะเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ใช้มีความต้องการ ดังนั้น การประยุกต์รูปแบบผลิตภัณฑ์ของการประคบความร้อนด้วยสมุนไพรที่ให้ความร้อนนาน

กว่าเดิม น่าจะเหมาะสมและทำให้เกิดผลการรักษาที่ดีขึ้น

จากผลการวิจัยดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่ผ่านการพัฒนาตามหลักการสร้าง และขั้นตอนของการพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีการศึกษาวิธีการและข้อควรระวังในการใช้ลูกประคบร้อนสมุนไพรอย่างละเอียดเป็นอีกแนวทางที่สามารถนำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควรศึกษาค่าใช้จ่ายอย่างละเอียดก่อนจะนำการประคบสมุนไพรไปใช้
2. ควรวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการก่อนการประคบสมุนไพรไปใช้ และควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
3. ควรเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยให้เพียงพอต่อการจำนวนของกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการประคบสมุนไพรร้อนขึ้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 1 และ 2
2. ควรมีการศึกษาผลของการรักษาด้วยแนวทางการให้บริการหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย อย่างอื่น เช่น การนวด การทาบด้วยหม้อเกลือ การอบไอน้ำสมุนไพร ฯลฯ เพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา โกทิยะ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. การบริหารร่างกายของหญิงตั้งครรภ์เพื่อบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง ,วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 8(3) : 154-167; กันยายน- ธันวาคม, 2559.
2. โรงพยาบาลโพธิสัย. ทะเบียนให้บริการหญิงตั้งครรภ์. หนองคาย : โรงพยาบาลโพธิสัย, 2562
3. โรงพยาบาลโพธิสัย. รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาล. หนองคาย : โรงพยาบาลโพธิสัย 2558
4. สถาบันการแพทย์แผนไทยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการจัดทำแนวทางให้บริการหัตถการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. แนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์

- แผนไทยเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2557.
5. สถาบันแพทย์แผนไทยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลสุขภาพด้วยวิถีแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน. กรุงเทพมหานคร : แมกเนทส์โตร์, 2551.
 6. ผกากรอง ขวัญข้าว. 1 ทศวรรษ วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร. กรุงเทพฯ: ปรมัตถ์การพิมพ์, 2561.
 7. พรณี ปิงสุวรรณและคณะ. การเปรียบเทียบผลของความร้อนระหว่างแผ่นประคบร้อนและลูกประคบสมุนไพรต่อการบรรเทาปวดและการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา. วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
 8. กลุ่มงานพัฒนาวิชาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์ แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2547.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง Effects of a seamless nursing program for home palliative care for end-of-life patients.

(Received: June 19,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

อดิสร อดรทัษ¹ นภาพร อารมณสวะ¹

Adisorn Udontak¹, Napapron Aromswa¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง พื้นที่อำเภอเขาวง โรงพยาบาลเขาวง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเขาวง และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลและโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม และมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน, อาการรบกวน, ผลลัพธ์การดูแล, ภาวะเครียด, ผู้ดูแล

ABSTRACT

This research is quasi-experimental research. (Quasi-Experimental Research: One group pretest-posttest design to study the effect of a seamless nursing program for home palliative care of end-of-life patients. Khao Wong District area Khao Wong Hospital The study sample was divided into terminally ill patients at home for palliative care who were referred to receive palliative care services in the health service network of Khao Wong Hospital. and the main caregivers of palliative care patients, both female and male, aged 20 years and over. The research period is between February 2024 and May 2024, a period of 12 weeks. Data was collected using questionnaires. Seamless data recording and nursing programs for end-of-life care at home for palliative care. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, number, percentage, and paired t-test.

The results of the study found that before and after participating in the seamless nursing program for palliative care for terminally ill patients at home. Terminally ill patients had an average overall symptom distress score. and have an average score for overall care outcomes They were significantly different ($p<0.001$) and caregivers had average stress scores before and after participating in the home palliative care program. Statistically significantly different ($p<0.001$)

Keywords: palliative care at home, disturbing symptoms, care outcomes, stress, caregivers

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง

บทนำ

องค์การอนามัยโลก¹ ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ว่า หมายถึง การดูแลที่มุ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-Threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม และควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วินาทีแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากการสูญเสีย^{2,3}

การวางแผนการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านแบบประคับประคองของทีมสุขภาพร่วมกับครอบครัว³¹ เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองบรรลุเป้าหมายโดยต้องมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต บรรเทาความทุกข์ทรมาน สามารถประเมินปัญหาการเจ็บป่วยและปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง⁴ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นเฉพาะการประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาล่วงหน้าเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วยทุกระบบ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้ามาได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามได้อย่างมีคุณภาพชีวิต สถิติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2566 จำนวน 208, 154, 107 และ 137 รายตามลำดับ และในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองและเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 92.15, 96.75, 95.33 และ 98.54 ตามลำดับ (ทะเบียนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลเขาวง, 2563-2566) ในปี พ.ศ. 2567 ทางโรงพยาบาลได้จัดตั้งศูนย์ชีวภิบาล เพื่อเป็นศูนย์ประสานงาน บูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยสูงอายุ ดิตบ้านดิตเตียง และผู้ป่วยระยะท้าย และให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองปฏิบัติงานเต็มเวลา เป็นผู้รับผิดชอบทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในด้านต่างๆ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายเข้ารับการรักษาดำเนินอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเป็นการดูแลตามภาวะสุขภาพและอาการที่เป็นสาเหตุของการเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ และต้องการการดูแลที่ซับซ้อน แพทย์เจ้าของไข้จะส่งขอคำปรึกษามายังศูนย์ชีวภิบาล เมื่ออาการคงที่แพทย์ให้กลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลได้จัดทีมลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จากการดำเนินที่ผ่านมา พบว่า เครือข่ายสถานบริการในชุมชน ยังขาดความรู้ในการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลที่เหมาะสม บางรายยังขาดทักษะในการให้อาหารในรูปแบบต่างๆ เช่นยาแผ่นแปะเพื่อลดปวด การให้ยาอินฟินทาง Syringe Driver ในส่วนผู้ป่วยและญาติยังมีความรู้ไม่เพียงพอและยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเนื่องจากขณะอยู่โรงพยาบาล มีภาวะเครียดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การรับรู้จึงลดลงไม่สามารถจดจำทุกอย่างได้¹⁰ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านจำนวน

น้อย โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย อาหาร การใช้ยา จิตใจ การส่งต่อการดูแลสู่ชุมชน ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล⁵ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ⁶ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน²⁶ ดังนั้น การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง โดยบทบาทพยาบาลประคับประคองจึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลโดยการประเมินผู้ป่วย โดยมีแนวคิดให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึง เน้นการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการ และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองมีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งการให้บริการอาจเป็นบริการโดยสถานบริการสุขภาพในชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรืออาสาสมัครในทีมออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือผ่านช่องทางระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เน้นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลเพื่อควบคุมจัดการอาการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ในพร้อมกันประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพและทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองเพื่อการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ ในรายผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการบริการการดูแลต่อเนื่องระหว่างศูนย์ชีวิบาล ซึ่งเป็นศูนย์ดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องในโรงพยาบาลและเครือข่ายในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ดังนี้

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ภายหลังการใช้ภายหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองต่ออาการรบกวนและผลลัพธ์การดูแล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพของ

โรงพยาบาลเขาวง และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเขาวง และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม 2567 จำนวน 33 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการ ดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเขาวง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 33 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลที่บ้าน 2) มีค่าคะแนนตามแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale : (PPS) ต่ำกว่าร้อยละ 50 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 4) สามารถสื่อสารฟัง อ่านเขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล 5) สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่อายุมากกว่า 60 ปี ผู้วิจัยประเมินสติสัมปชัญญะโดยสอบถามชื่อบุคคล เวลาและสถานที่ หากผู้ป่วยสามารถตอบถูกต้องจะคัดเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

ได้แก่ 1) ผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในภาวะวิกฤติและใส่เครื่องช่วยหายใจ 2) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบอย่างรุนแรงเช่น หายใจเหนื่อยหอบมาก เป็นต้น

2. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักหรือดูแลประจำของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง ทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 3) ผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นญาติหรือผู้ใกล้ชิดมิใช่ผู้ที่ถูกว่าจ้าง มาดูแลผู้ป่วยและมีเชื้ออาสาสมัคร และมีใช้ผู้นำหมู่บ้านหรือมิใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกณฑ์ในการ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

ได้แก่ 1) มีประวัติโรคทางจิตเวช คือ โรคกลุ่มวิตกกังวล โรคทางอารมณ์ โรคจิต โรคสมองเสื่อม โรคบกพร่องทางสติปัญญาที่รักษา ไม่หายขาดหรือโรคไม่สงบก่อนผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรค 2) ประวัติใช้สารเสพติดหรือสารอื่น ๆ เช่น ยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริมอื่น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา หากผู้ดูแลมีการใช้สารเสพติดในช่วงเกิน 1 เดือนจะถูกคัดออกรวมถึงในผู้ดูแลที่มีการใช้ยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริมอื่น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการศึกษา เนื่องจากสารเสพติดมีผลต่อสารสื่อประสาทของสมองที่อาจส่งผลให้เกิดอาการทางจิตได้ ส่วนยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริม อาจมีส่วนผสมของสารที่มีผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้ เช่น อารมณ์เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เป็นต้น⁷

สถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อาศัยอยู่ในโรงพยาบาลเขาวง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 1 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองโรงพยาบาลเขาวง ตามแนวคิดการจัดบริการอย่างต่อเนื่องและครบวงจร จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Community based & home based Community care) ควบคู่กับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ WHO เน้น 6 ด้าน คือ 1) จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล 4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายในการดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแล 4 ส่วน ได้แก่ 1) การจัดการโรค (Disease Management) 2) การประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณและวางแผนการดูแลตามแนวคิดเกี่ยวกับการการติดตามสุขภาพทางไกลและระบบสารสนเทศ 3) การประเมินและวางแผนดูแลผู้ดูแล 4) การติดตามและการประเมินผล

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึก ดังต่อไปนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา และอาชีพ ข้อมูลโรคและอาการของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (PPS) อาการรบกวน

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา และอาชีพ

2.3 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (palliative performance Scale, PPS) เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (70-100%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%)⁴

2.4 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)² เพื่อประเมินระดับความรุนแรง 9 อาการที่พบบ่อยในระยะท้าย มีระดับคะแนน 0 (ไม่มีอาการนั้นเลย) และคะแนน 10 (รู้สึกว่าการนั้นมี ความรุนแรงที่สุด) โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้นค่าคะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการนั้นรุนแรง

2.5 แบบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการออกแบบ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีแบบแผน โดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและ ครอบครัวประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ²⁰ ดังนี้ 0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 = เล็กน้อย/นานๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = รุนแรง/ เป็นส่วนใหญ่ 4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับ ตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่อง

ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่า ท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อน/ญาติหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนสองข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมด คือ ผลรวมของคะแนนรายข้อจากข้อคำถามที่ นำมาคิดคะแนนทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการความทุกข์หรือปัญหา รบกวนคุณภาพชีวิตมาก แต่หากคะแนนน้อยหรือลดลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวได้ดีขึ้น

2.6 แบบวัดความเครียดฉบับย่อ (ST5) ของผู้ดูแลหลัก เป็นคำถามเพื่อประเมินความเครียด ที่เหมาะสมสำหรับคัดกรองภาวะเครียดในชุมชนและมีความตรงสูง คำถามมี 5 ข้อ ที่ประเมินปัญหาการนอน การมีสมาธิ น้อยลง หงุดหงิด/กระวนกระวายใจว่า รุนแรง รู้สึกเบื่อ/เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน ลักษณะคำถามปลายปิด 5 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ แปลผลโดย คะแนน 0-4 เครียดน้อย คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เครียดมาก และคะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด⁸

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโปรแกรม
การพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ตรวจสอบเนื้อหา และความถูกต้องทางภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการวิจัย ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของคำถามว่าตรงตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาหรือไม่ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงข้อคำถามในด้านภาษา

และความชัดเจน และการหาค่าความเชื่อมั่น (Item-Objective Congruence Index : IOC) มีค่าตั้งแต่ 0 - 1 โดยใช้ข้อคำถามมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 และปรับแบบสอบถามแล้วนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนในเขตอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 ราย เครื่องมือที่เป็นแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative care performance scale for Suandok) เท่ากับ .88 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System revision (ESASr) เท่ากับ .87 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative outcome scale) เท่ากับ .81 แบบประเมิน 2Q 9Q เท่ากับ .889

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อศึกษาการกระจายของข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และจำนวน (Frequency), ร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองด้วย paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้าน ด้วย paired t-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ดังนี้

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 66 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วย 33

ราย และกลุ่มผู้ดูแล 33 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.8 มีอายุระหว่าง 61-80 ปีมากที่สุด ร้อยละ 60.6 รองลงมาคืออายุระหว่าง 41-59 ปี ร้อยละ 36.4 ทุกายนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.6 และอาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 42.4 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 33.4

ส่วนในกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.7 มีอายุระหว่าง 41-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมาคืออายุระหว่าง 61-80 ปี ร้อยละ 30.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 และอาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 33.4 รองลงมาคือเกษตรกรรม ร้อยละ 24.2

1.2 ข้อมูลโรคและการของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.5 มีการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน (PPS) อยู่ในช่วง 40-60 % ร้อยละ 90.9 อาการรบกวนที่พบมากที่สุดคือ อาการปวด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ อาการอ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 63.6 และ 54.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวมและผลลัพธ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 42.24 ± 6.3 และ 21.61 ± 5.5 คะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 19.97 ± 1.9 และ 13.42 ± 2.7 คะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวมและผลลัพธ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n=33)

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม	42.24	6.3	21.61	5.5	$p < 0.001$
ผลลัพธ์การดูแลโดยรวม	19.97	1.9	13.42	2.7	$p < 0.001$

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบ

ประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 2.49 ± 1.6 และ 0.55 ± 0.6 คะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n=33)

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ภาวะเครียดของผู้ดูแล	2.49	± 1.6	0.55	± 0.6	< 0.001

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมดีขึ้น โดยดูจากระดับคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยสะดวก และครอบคลุมถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีการใช้ยาและเทคโนโลยีทางสุขภาพในระดับที่เหมาะสม การติดตามสุขภาพทางไกลและระบบสารสนเทศ เพื่อสังเกตและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแล และสะท้อนผลการดูแล ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล สัมภาษณ์และสังเกตทักษะการจัดการอาการไม่สุขสบาย ทักษะการดูแลตามสภาพโรคและสภาพของผู้ป่วยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. และรพ.การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแล ติดตามผลเป็นระยะ ๆ วนซ้ำกัน ทั้งทางโทรศัพท์ ทางไลน์ติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติ และทางการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยใน 24 ชม. ที่ผ่านมา และให้การดูแลเป็นระยะ ๆ ในการจัดการอาการตามอาการและให้ข้อมูลผลการตรวจแผนการรักษา ให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษาตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการปัญหาทางกาย และใจ รวมถึงอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ตรงกับความต้องการ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับ การศึกษาที่ว่า การมีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น มีอาการรบกวนทางกายลดลง มีความสุขสบายขึ้นภาวะซึมเศร้าลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹

การดูแลภาวะเครียดของผู้ดูแลหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองมีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า อาการของผู้ป่วยที่ทรุดลงทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความกังวลมากขึ้น¹⁰

ดังนั้น การได้รับการดูแล การสนับสนุนความรู้ ทักษะ และทรัพยากรตามที่จำเป็นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จนระดับความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วยลดลงใน ขณะที่สภาพการดำเนินโรคนั้นจะยังคงรักษาไม่หายและผู้ดูแลมีภาวะเครียดลดลง แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองต่ออาการรบกวนและผลลัพธ์การดูแลช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Labson Mcและคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคองที่บ้านโดยมีแนวปฏิบัติของทีมที่ไปดูแลอย่างชัดเจนจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ผลการศึกษาที่ได้ใช้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านให้กับทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ในการนำไปใช้เพื่อวางแผนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแล
2. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปปฏิบัติงาน โดยโรงพยาบาลร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน และควรติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและครอบครัว

3 ควรมีการขยายเวลาในการติดตามผลลัพธ์ในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่น ทุก 1-2 สัปดาห์หรือทุก 1 เดือน เพื่อติดตามอาการและปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ตามพยาธิสภาพและสถานการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, Organization WH, WHO. eHealth standardization and interoperability. Sixty-Sixth World Health Assembly Wha66.24 2013
2. จอนณะจง เพิ่งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 30(1), 100-107.
3. ชูติกาญจน์ หลุ้ย และคณะ. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. ประทุมธานี:สำนักพิมพ์สื่อตะวันตก.
4. Global atlas of palliative care at the end of life. World wide Palliative Care Alliance [Internet]. 2014 [cited 2023 January 15]. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
5. Phadungsri P, Ladla A. Development of care model for patients with end stage of cancer: from hospital to home Ubonrat hospital, Khon-Kaen province. Journal of Nursing and Healthcare 2019;37(2):199-207. (in Thai)
6. Fabie J, Walker K, Pharm D, Kearney C. The power of a plan: the impact of palliative care decisions at hospital discharge on readmission rates (S730) JPSM 2016;51(2):e 423
7. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ยา วิพากษ์. จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;10(39):3-7
8. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียด ฉบับตรีปัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551;16(3),177-85
9. Robbins, S. P. (2001). Organizational behavior. Upper Saddle River. NJ.: Prentice-Hall.
10. รัชนี นามจันทรา, กนกพร นทีธนสมบัติ, สุมานี ศรีกำเหนิด. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน.วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียว 2009;10(1):59-67
11. Labson MC, Sacco CMM, Weissman DE, Gornet B, Stuart FB. Innovative models of home-based palliative care. Cleveland clinic journal of Medicine 2013;8(e-supplement 1).

วารสาร สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ



Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2567
VOL.9 NO.2 April - June 2024

Part II

ISSN : 3027-866X (Online)
ISSN : 3027-8678 (Print)



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ความชุกของภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร	209
ศุภคริณย์ ศุภพัฒน์พงศ์ ,ธเนศ สังข์ศรี	
การพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล	220
หทัยชนก เกตุจนา ,ณัฐฉิรวรรณ พันธมุง ,เบญจมาศ นาคราช ,ขวัญชนก อีสระ ,สุภาพร ศุภสร	
สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม	231
เจริญชัย วัฒนห่อ , วิจารณ์ สิทาคม	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีโรคเบาหวานร่วม ที่มารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอก	238
ฐิตารีย์ รุกขชาติ	
การพัฒนาและการใช้แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อการพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกตามการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป	247
ทัศนีย์ สุนทร	
ประสิทธิผลของนวัตกรรม Save IV Line	259
ณิรช วงศ์เจริญ ,พิมพ์ใจ ลังการพิณรุ ,พัชรินทร์ ไชยบาล ,ทัพพชัญญ์ ศรีรัตยาวัค ,พรทิพย์ ปาอิน ,วิชานีย์ ไจมาลัย ,อิชยา มอญแสง	
ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการ และนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566	267
เฉลิม เกตุพงษ์พันธ์	
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2564-2566	277
สง่า ไชยนา	
ผลของโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	287
ณัฐยา แสงสี	
การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง ในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย	297
นงคณัฐ โสมหงษ์ ,เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ ,ศิริวรรณ สิงห์ศิริ	
พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศิครภูมิ ธรรมรัตน์ วาวงศ์มูล	306
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี	313
นภัสสรดา จันทร์ขอนแก่น ,เกษร ลำภาทอง	
ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร	323
ชนัญญา เรืองสุทธิภาพ	
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	331
ปิมประภา แผงศรี	
ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยารักษาฟาริโนนออกช่วงการรักษา โรงพยาบาลศิครภูมิ	339
วลีรัตน์ วรธิธรรม	
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ของสถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี	346
กมลภัทร์ สวัสดิ์โกศล	
รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลเขาโร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช	358
โชติมา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต ,ขอพิยะห์ นิเมะ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วย โรคปอดบวมของผู้ดูแลเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	370
มฤดี บรรเทา	
ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี	380
สาธิตี มูลเขียน ,เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล ,อภิรดี นันทศุภวัฒน์	



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
สภาพการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก นพพร มามาก ,สุภาวดี นาคสุขุม ,วันเพ็ญ ถิถ้วน ,อรรพรรณ ดวงใจ ,วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา	391
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก ของศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2566 มนสิชา เปลี่ยนเฟื่อง , สลิลทิพย์ โกพลรัตน์	399
สถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทารกในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2565 นุชจรินทร์ พูลสวัสดิ์ ,สุปวีณา พละศักดิ์	406

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 34 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน เสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรค การเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง การกระตุ้นการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอดด้วยคลื่นเหนือเสียง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) การตรวจติดตามความเค็มในอาหารด้วยเครื่องวัดเค็ม การถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากเครื่องเอกซเรย์ดิจิทัล การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต ผู้ป่วยแผลผ่าตัดติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก กรณีศึกษา: การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยแผลกระจกตาเสี่ยงตาบอดสูง กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม ประสิทธิภาพการทับหม้อเกลือต่อการลดลงของขนาดหน้าท้อง การประคบสมุนไพรร้อนชื้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง การพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูง สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีโรคเบาหวานร่วม แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก นวัตกรรม Save IV Line ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงาน การบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลกระทบต่อระดับยารักษาโรคในช่องทางการรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณา การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็ก กิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทารก ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

ความชุกของภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร

Prevalence of vitamin D insufficiency and deficiency in patients with chronic kidney disease at a hospital in Samut Sakhon Province.

(Received: June 9,2024 ; Revised: June 23,2024 ; Accepted: June 24,2024)

ศุภครณย์ ศุภพัฒน์พงศ์¹ ธเนศ สังข์ศรี²

Suppasarun Suphadthanaphongs¹ Tanes Sangsri²

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการสัมผัสแสงแดดและระดับของ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัม การศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 ด้วยการสัมภาษณ์ระยะเวลาในการสัมผัสแสงแดดและข้อมูลจากเวชระเบียน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบไคสแควร์ และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วย CKD ที่อาสาสมัครเข้าร่วมทั้งหมด จำนวน 220 ราย ประกอบด้วยระยะ 3a จำนวน 8 ราย ระยะ 3b จำนวน 28 ราย ระยะ 4 จำนวน 33 ราย และระยะ 5 จำนวน 151 ราย พบว่าผู้ป่วย CKD ในจังหวัดสมุทรสาครมีความชุกของภาวะพร่องและขาด 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมตามระยะของ CKD คือ ผู้ป่วยที่มี 25-hydroxyvitamin D < 20 นก./มล. (ภาวะขาดวิตามินดี) (CKD ระยะ 3a = 2%, 3b = 9.2%, 4 = 13.3% และ 5 = 75.5%) ในขณะที่ 25-hydroxyvitamin D ระหว่าง 20-29 นก./มล. (ภาวะพร่องวิตามินดี) (CKD ระยะ 3a = 3.9%, 3b = 11.7%, 4 = 17.5% และ 5 = 67%) นอกจากนี้ ระดับวิตามินดีในเลือดจะลดลงตามระยะ CKD ที่เพิ่มขึ้น ($P = 0.011$) เช่นเดียวกับค่าอัลบูมินในซีรัมและฮีโมโกลบินมีปริมาณลดลงตามระยะ CKD ที่เพิ่มขึ้น ($P = 0.010$ และ $P = 0.001$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่าการสัมผัสแสงแดดต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัม ($r = 0.23, P < 0.001$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไตเรื้อรัง, ภาวะขาดวิตามินดี, จังหวัดสมุทรสาคร

Abstract

The purpose of this study was to investigate the incidence of vitamin D deficiency and vitamin D deficiency in patients with chronic kidney disease (CKD), as well as the association between the duration of sun exposure and levels of 25-hydroxyvitamin D in serum. This cross-sectional study was conducted from February to April 2024, using an interview for sun exposure a day and medical records. The data were then evaluated with descriptive statistics, Chi-square test, and Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that 220 CKD patients participated, including 8 in stage 3a, 28 in stage 3b, 33 in stage 4, and 151 in stage 5. CKD patients in Samut Sakhon province had a high prevalence of serum vitamin D insufficiency and D deficiency according to the CKD stage in which, patients with 25-hydroxyvitamin D < 20 ng/mL (vitamin D deficiency) (CKD stage 3a = 2%, 3b = 9.2%, 4 = 13.3%, and 5 = 75.5%) and 25-hydroxyvitamin D between 20-29 ng/mL (vitamin D insufficiency) (CKD stages 3a = 3.9%, 3b = 11.7%, 4 = 17.5%, and 5 = 67%). In addition, serum vitamin D levels decreased with increasing CKD stage ($P = 0.011$) also, Serum albumin and Hemoglobin decreased with increasing CKD stage ($P = 0.010$ and $P = 0.001$, respectively). Pearson's correlation coefficient showed that sun exposure positively correlated with serum 25-hydroxyvitamin D levels ($r = 0.23, P < 0.001$).

Keywords: Chronic kidney disease patients, vitamin D deficiency, Samut Sakhon Province

¹ นายแพทย์ชำนาญการ อายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ Corresponding Author: tanes.s@pnu.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเนื่องจากเป็นโรคที่มีประชากรจำนวนมากที่ป่วยเป็นโรค CKD และได้รับผลกระทบสำคัญต่อการดำรงชีพที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนและอาการของโรคตลอดจนการรักษาพยาบาลจะต้องมีค่าใช้จ่ายสูง^{1,2} ความชุกของประชากรที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังที่มีการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดล้างไตทางช่องท้อง และปลูกถ่ายไตในปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นสัดส่วนความชุก เท่ากับ 2,580 คนต่อประชากร 1 ล้านคน³ โรคไตเรื้อรังมีลักษณะเฉพาะด้วยภาวะแทรกซ้อนทางระบบหลายอย่างซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของอวัยวะไต เมแทบอลิซึม และภูมิคุ้มกัน แม้จะมีการดูแลผู้ป่วยโรคไตด้วยการบำบัดทดแทนไตแต่ผลที่เกิดจากไตวายเรื้อรังทำให้มีการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจำนวนมากที่สูง¹

ภาวะขาดวิตามินดีเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญที่พบได้บ่อยในทุกเพศทุกวัยโดยเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะต่าง ๆ ภาวะขาดวิตามินดีวัดได้จากระดับของ 25-hydroxy vitamin D ในซีรัม โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะที่สำคัญ คือ ภาวะพร่องวิตามินดี (vitamin D insufficiency) คือ มีระดับของ 25-hydroxy vitamin D ในซีรัม เท่ากับ 20 ถึง 29 นาโนกรัมต่อมิลลิกรัม (นก./มล.) และภาวะขาดวิตามินดี (vitamin D deficiency) คือ มีระดับของ 25-hydroxy vitamin D ในซีรุ่มน้อยกว่า 20 นก./มล.⁴ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย CKD ระยะต่าง ๆ ได้แก่ การขาดวิตามินดีในเลือด ภาวะสมดุลของแคลเซียม สุขภาพของกระดูก และโรคกระดูก ซึ่งนำไปสู่การขาดวิตามินดีอย่างค่อยเป็นค่อยไปและทำให้เกิดภาวะ hyperparathyroidism ชนิดทุติยภูมิ ระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัม ยังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับ iPTH ในซีรัมของผู้ป่วย CKD ซึ่งพบว่าผู้ป่วย CKD ที่มีระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมต่ำจะพบว่ามีค่า iPTH สูงขึ้น⁵ นอกจากนี้ ภาวะขาดวิตามินดีในร่างกายยัง

ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากวิตามินดีช่วยควบคุมการทำงานของระบบ renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) การยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์กล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด (vascular smooth muscle) การขยายตัวของหลอดเลือด และการทำงานของเซลล์ภูมิคุ้มกัน เช่น macrophage และควบคุมการผลิต cytokine ชนิดต่าง ๆ^{6,7} และพบว่าในเด็กที่ขาดวิตามินดีจะทำให้เกิดโรคกระดูกอ่อน (Rickets) และโรคกระดูกนุ่มในผู้ใหญ่ (Osteomalacia)²

ในต่างประเทศพบประชากรทั่วไปมีภาวะขาดวิตามินดีร้อยละ 50 ถึง 80² การขาดวิตามินดีเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลกและมีความชุกค่อนข้างสูงในประชากรผู้สูงอายุ ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ที่มีกิจกรรมกลางแจ้งน้อย และพบว่าผู้ที่มีภาวะอ้วนมีภาวะขาดวิตามินดีถึง 35%⁸ ประเทศไทยมีรายงานระดับวิตามินดีที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึง 50%⁹ ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะตั้งอยู่บริเวณเส้นศูนย์สูตรมีแดดตลอดทั้งปีก็ตามแต่คนไทยเสี่ยงที่จะขาดวิตามินดีเนื่องจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และการบริโภคอาหาร ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญสำหรับคนไทยโดยเฉพาะผู้ป่วย CKD¹⁰ การศึกษาเกี่ยวกับการขาดวิตามินดีในผู้ป่วย CKD ยังมีจำกัดโดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนและในประเทศไทย งานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงในการขาดวิตามินดีมาจากการขาดกิจกรรมกลางแจ้งและการบริโภคนมปริมาณน้อยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดวิตามินดี¹¹ ซึ่งคนทั่วไปจะได้รับวิตามินดีจากอาหารที่รับประทานและจากการสังเคราะห์ที่ผิวหนังโดยผ่านแสงรังสีเหนือม่วงชนิดบี (Ultraviolet B-ray; UVB) ทางด้านอาหารได้มาจากอาหารจำพวกนมที่มีการเสริมวิตามินดีและน้ำมันตับปลา เป็นต้น¹² ส่วนที่ได้จากผิวหนังขึ้นอยู่กับที่ได้รับแสงรังสี UVB ของแต่ละบุคคล ทั้งนี้พบว่าประโยชน์ของวิตามินดีสำหรับผู้ป่วย CKD เช่น สามารถลดอัตราการเสื่อมของโรคไต ทำให้ภาวะโปรตีนในปัสสาวะลดลง และลดระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (intact parathyroid

hormone, iPTH) เป็นต้น¹³ ในทางกลับกันผู้ป่วย CKD ที่ขาดวิตามินดีเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการทำ ให้เกิดภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนผิดปกติและ ลักษณะความผิดปกติของกระบวนการเมแทบอลิซึม ของแร่ธาตุและกระดูก¹²

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความชุกของการขาด วิตามินดีสูงกว่าประชากรทั่วไปโดยคาดว่าจะมากถึง 80% ผลการสำรวจผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในต่างประเทศ พบภาวะพร่องวิตามินดีและภาวะขาดวิตามินดี 72.6%¹⁴ ใกล้เคียงกับผลการสำรวจในประเทศไทยที่ พบร้อยละ 66 ถึง 84 ตามระยะของโรคไตเรื้อรัง¹⁵ มี หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพิ่มมากขึ้นที่พบว่าการ หลีกเลียงแสงแดดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับโรค ต่างๆ¹⁶ วิตามินดีคือ “วิตามินแห่งแสงแดด” ซึ่ง สังเคราะห์ขึ้นในผิวหนังเป็นหลักในระหว่างที่ได้รับ แสงแดดโดยเฉพาะจากรังสี UVB การทดลองแบบสุ่ม ยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์แบบผกผันของวิตามิน ดีในเลือดกับความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อ ความผิดปกติ ของการเผาผลาญ และการเสียชีวิต^{12, 17}

จังหวัดสมุทรสาครยังไม่เคยมีการสำรวจความ ชุกของภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ป่วย CKD และยังไม่มียข้อมูลเกี่ยวกับการสัมผัสแสงแดดของ ผู้ป่วย CKD ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมาก่อน ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าผู้ป่วย CKD ในจังหวัด สมุทรสาครจะมีความชุกของภาวะขาดวิตามินที่ ค่อนข้างสูงและอาจจะสัมพันธ์กับระยะเวลาการเสื่อมของ ไตเรื้อรังของผู้ป่วยและการได้รับแสงแดดจะสัมพันธ์ กับระดับของวิตามินดีในเลือดของผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและ ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะพร่องและขาดวิตามินดี ในผู้ป่วย CKD ในจังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา

รูปแบบของงานวิจัย

การสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) นี้มีการออกแบบตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะทางคลินิก และผลตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการ และระยะเวลาในการสัมผัส แสงแดดของผู้ป่วย CKD ตามระดับความเสื่อมของไต ตัวแปรตาม คือ ค่า 25-hydroxyvitamin D ในซีรัม ตามระดับความเสื่อมของไต

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน จังหวัดสมุทรสาคร เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครระหว่าง วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2567 โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน **กลุ่มตัวอย่าง** คือ การวิจัยนี้ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 ใช้ศึกษา chi-square โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of analysis) เท่ากับ 0.95 กำหนดความ เชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 ขนาด อิทธิพลเท่ากับ 0.3 (medium size)¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 ราย โดยคัดเลือกอาสาสมัครมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุ ≥ 18 ปี มีค่า GFR < 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. และอาสาสมัครจะถูกคัด ออกจากการเข้าร่วมวิจัยในกรณีที่อาสาสมัคร รับประทานอาหารเสริมที่มีวิตามินดีติดต่อกัน 3 เดือน ก่อนลงทะเบียน และอาสาสมัครขณะตั้งครรภ์

เครื่องมือในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ประวัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ของผู้ป่วย CKD จำแนกตามระดับความเสื่อมของไต ในการศึกษานี้กำหนดภาวะขาดวิตามินดี (deficiency) คือ มีระดับ 25-hydroxyvitamin D ใน ซีรัมน้อยกว่า 20 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (นก./มล.) และภาวะพร่องวิตามินดี (insufficiency) คือ มีระดับ วิตามินดีระหว่าง 20 ถึง 29 นก./มล.⁴ เกณฑ์การ วินิจฉัยโรคไตเรื้อรังตาม Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) clinical practice guidelines for chronic kidney disease¹⁹ การคำนวณอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: GFR) ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไต นานาชาติและสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย คำนิยามของโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ มีค่า GFR < 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร

(มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป โดยในการศึกษานี้แบ่งเป็นสี่ระดับตามช่วงค่าการกรองของไต คือ ไตเรื้อรังระดับ 3a, 3b, 4 และ 5 ซึ่งมีค่า GFR เท่ากับ 45-59, 30-44, 15-29 และ 15 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ตามลำดับ¹⁹ ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย(BMI) (กิโลกรัม/ตารางเมตร), Blood pressure (mmHg), Serum Creatinine (มก./ดล.), Blood Urea Nitrogen (BUN) (มก./ดล.) GFR (มล./นาที่/1.73 ตร.ม.), ช่วงเวลาในการสัมผัสแสงแดดต่อวัน (กิจกรรมกลางแจ้ง) ระดับวิตามินดีในเลือด (นก./มล.), ระดับ intact-Parathyroid hormone (iPTH) (พก./มล.), Serum Calcium (มก./ดล.), Serum phosphorus (มก./ดล.), Serum alkaline phosphatase (ยูนิต/ลิตร), Serum albumin (ก./ดล.) และ Hemoglobin (Hb) (ก./ดล.)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการสัมภาษณ์แก่อาสาสมัครให้รับทราบและให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสัมภาษณ์อาสาสมัครเกี่ยวกับระยะเวลาของการได้รับแสงแดด (กิจกรรมกลางแจ้ง) ในช่วงวันปกตินานเท่าใด แบ่งออกเป็น <30 นาที, 30 นาที - 2 ชั่วโมง และ >2 ชั่วโมง²⁰ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลแฟ้มประวัติผู้ป่วย

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัย เช่น อายุ เพศ ค่าความดันโลหิต ช่วงเวลาในการสัมผัสแสงแดดต่อวัน (กิจกรรมกลางแจ้ง) ระดับวิตามินดี และอัตราการกรองของไต นำเสนอในรูปตาราง ข้อความ หรือกราฟ รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปร และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ chi-square test การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแสงแดดและระดับวิตามินดีในเลือดด้วย Pearson's correlation กำหนดนัยสำคัญทางที่ $P < 0.05$

จริยธรรมในการทำวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมุทรสาคร เอกสารรับรองเลขที่ SKH REC 96/2567/V.1

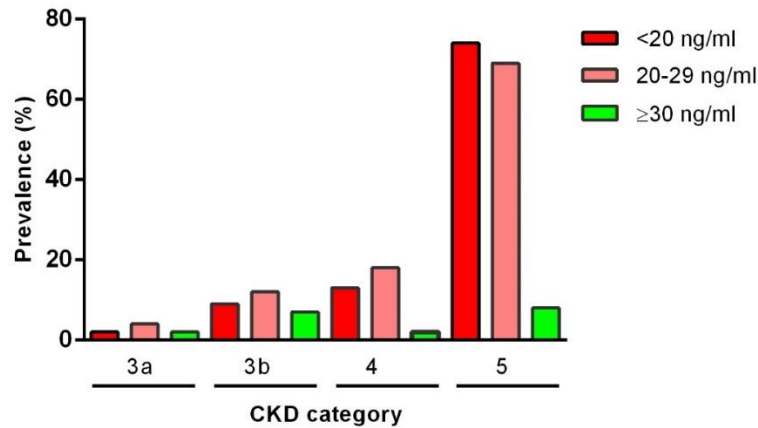
ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่อาสาสมัครเข้าร่วมทั้งหมด 220 ราย (100%) เป็นผู้ป่วย CKD และมีค่า GFR เฉลี่ยเท่ากับ 15.02 ± 13.40 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. มีค่า 25-hydroxyvitamin D เฉลี่ยเท่ากับ 25.24 ± 12.62 นก./มล. ผู้เข้าร่วมทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 60.30 ± 15.68 ปี (IRQ = 50.75, 72) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 52.7% มีค่า Blood pressure (SBP/DBP) เฉลี่ยเท่ากับ $141.29 \pm 91.22 / 71.80 \pm 15.98$ mmHg, BMI เฉลี่ยเท่ากับ 24.22 ± 5.43 กิโลกรัม/ตร.ม., Serum Creatinine เฉลี่ยเท่ากับ 6.49 ± 7.82 มก./ดล., BUN เฉลี่ยเท่ากับ 42.55 ± 19.76 มก./ดล., มีระดับ iPTH เฉลี่ยเท่ากับ 332.38 ± 91.15 พก./มล., มี Serum Calcium เฉลี่ยเท่ากับ 9.4 ± 5.83 มก./ดล., Serum phosphorus เฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ± 3.08 มก./ดล., Serum alkaline phosphatase เฉลี่ยเท่ากับ 111.10 ± 85.65 ยูนิต/ลิตร, Serum albumin เฉลี่ยเท่ากับ 4.07 ± 2.27 ก./ดล. และ Hb เฉลี่ยเท่ากับ 10.40 ± 1.95 ก./ดล.

ความชุกของการขาดวิตามินดีเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค CKD ที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 1) จากการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะขาดวิตามินดีจะพบสูงที่สุดในผู้ป่วย CKD ระยะที่ 5 ผู้ป่วยที่มี 25-hydroxyvitamin D < 20 นก./มล. (ภาวะขาดวิตามินดี) ตามระยะของ CKD (CKD ระยะ 3a = 2%, 3b = 9.2%, 4 = 13.3% และ 5 = 75.5% ในขณะที่ 25-hydroxyvitamin D ระหว่าง 20-29 นก./มล. (ภาวะพร่องวิตามินดี) มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามระยะของ CKD เช่นกัน (CKD ระยะ 3a = 3.9%, 3b = 11.7%, 4 = 17.5% และ 5 = 67%) นอกจากนี้ GFR มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับระยะ CKD ที่เพิ่มขึ้น ($P = 0.044$) ที่สำคัญคือช่วงเวลาในการสัมผัสแสงแดด

ต่อวันมีความสัมพันธ์ที่ผกผันกับระยะ CKD ที่เพิ่มขึ้น ($P = 0.017$) และระดับวิตามินดีในเลือดมีความสัมพันธ์ผกผันตามระยะ CKD ที่เพิ่ม ($P =$

0.011) เช่นเดียวกับค่า Serum albumin และ Hb จะลดน้อยลงตามระยะ CKD ที่เพิ่มขึ้น ($P = 0.010$ และ $P = 0.001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 แสดงความชุกของการพร่องและขาด 25-hydroxyvitamin D ตามประเภทความเสื่อมของไต

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิกตามระยะของผู้ป่วย CKD ที่ทำการศึกษา (n =220)

ข้อมูลพื้นฐาน		3a	3b	4	5	X ² (P-value)
เพศ		2 (1.7%)	15 (12.9%)	22 (19%)	77 (66.4 %)	5.23 (0.155)
	หญิง	2 (1.72%)	15 (12.93%)	22 (18.97%)	77 (66.38%)	
	ชาย	6 (5.77%)	13 (12.50%)	11 (10.58%)	74 (71.15%)	
อายุ ปี (เฉลี่ย±SD)		63.2±6.8	65.9±15.5	70.6±15.1	56.9±14.9	205.61 (0.120)
Blood pressure (mmHg)						
	SBP	128.0±25.5	137.5±20.7	134.2±21.8	144.3±109	262.77 (0.149)
	DBP	71.0±8.9	74.5±19.5	70.1±16.9	71.7±15.4	189.78 (0.591)
BMI (Kg/m ²)		25.3±2.1	24.9±5.3	24.9±6.5	23.9±5.3	519.30 (0.561)
Serum Creatinine (mg/dL)		1.3±0.2	1.7±0.2	2.4±0.7	8.6±8.7	577.05 (0.279)
BUN (มก./ดล.)		20.0±7.0	25.9±7.7	33.1±10.6	48.9±19.9	223.22 (0.169)
GFR (มล./นาที/1.73 ม. ²)		45.9±17.6	37.3±4.1	24.0±6.2	7.3±4.0	660 (0.044)
ช่วงเวลาในการสัมผัสแสงแดดต่อวัน (กิจกรรมกลางแจ้ง)						15.32 (0.017)
	<30 นาที	4 (3.36%)	14 (11.76%)	27 (22.69%)	74 (62.18%)	
	30 นาที - 2 ชั่วโมง	3 (5.36%)	5 (8.93%)	4 (7.14%)	44 (78.57%)	
	> 2 ชั่วโมง	1 (2.22%)	9 (20%)	2 (4.44%)	33 (73.33%)	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิกตามระยะของผู้ป่วย CKD ที่ทำการศึกษา (n =220)

ข้อมูลพื้นฐาน	3a	3b	4	5	X ² (P-value)
ระดับวิตามินดีในเลือด (นก./มล.)					16.46 (0.011)
<20	2 (2%)	9 (9.2%)	13 (13.3%)	74 (75.5%)	
20-29	4 (3.9%)	12 (11.7%)	18 (17.5%)	69 (67%)	
≥30	2 (10.5%)	7 (36.8%)	2 (10.5%)	8 (42.1%)	
ระดับ iPTH (พก./มล.)	37.8±13.6	73.5±41.7	117.5±108.2	442.9±56.6	619.07 (0.104)
Serum Ca (มก./ดล.)	9.5±0.4	9.1±1.3	9.1±0.6	9.5±7.0	129.19 (0.404)
Serum phosphorus (mg/dL)	3.4±0.3	4.8±7.5	3.4±0.5	4.6±1.8	143.72 (0.978)
Serum alkaline phosphatase (U/L)	76.5±17.8	87.4±31.6	95.4±46.7	120.8±98.7	281.48 (0.930)
Serum albumin (ก./ดล.)	4.2±0.4	4.0±0.4	3.9±0.3	3.1±2.7	102.27 (0.010)
Hb (ก./ดล.)	13.2±1.4	11.7±1.9	10.8±1.7	9.9±1.8	284.08 (0.001)

เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับค่า 25-hydroxyvitamin D ในซีรัม พบว่าเพศชายและหญิงมีปริมาณของ 25-hydroxyvitamin D < 20 ng/mL ที่แตกต่างกัน ($P = 0.021$) ที่สำคัญคือผู้ป่วยที่มีระดับ 25-hydroxyvitamin D เพิ่มขึ้นจะมีค่า

BUN และ Serum albumin เพิ่มขึ้น ($P = 0.047$ และ $P < 0.001$) ที่น่าสังเกตคือ ค่า GFR จะยิ่งเพิ่มขึ้นแปรผันตามค่า 25-hydroxyvitamin D ที่เพิ่มขึ้นแต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องและขาด 25-hydroxyvitamin D ของผู้ป่วย CKD (n =220)

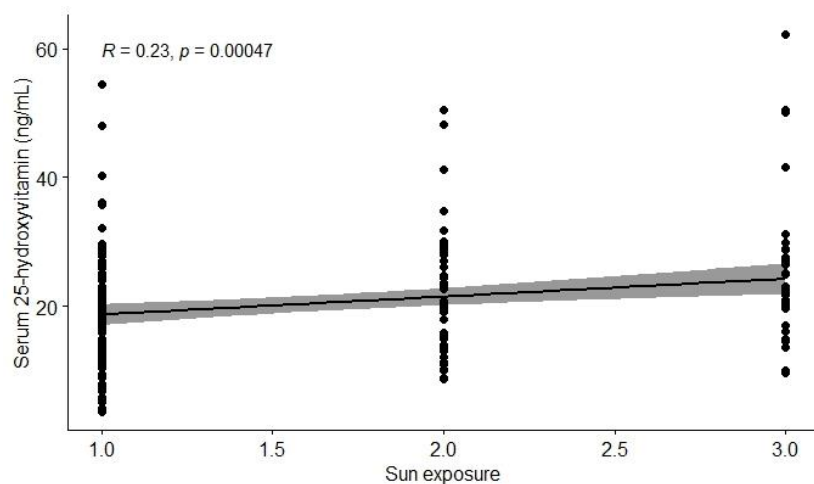
ปัจจัย	Serum 25-hydroxyvitamin (ng/mL)			X ² (P-value)
	<20	20-29	≥30	
เพศ				7.72 (0.021)
หญิง	59 (50.86%)	52 (44.83%)	5 (4.31%)	
ชาย	39 (37.50%)	51 (49.04%)	14 (13.46%)	
อายุ (ปี) ± SD	58.9±16.3	61.3±15.4	62.1±13.5	132.31 (0.246)
Blood pressure (mmHg)				
SBP	151.9±134.6	132.9±20	131.9±16.3	153.91 (0.620)
DBP	73.3±16.6	70.1±15.2	73.2±16.7	134.89 (0.366)
BMI (Kg/m ²)	24.0±6	24.3±5.1	25.0±3.9	358.84 (0.360)
Serum Creatinine (mg/dL)	7.0±10.7	6.2±4.1	5.3±4.9	373.01 (0.475)
BUN (มก./ดล.)	42.0±17.1	44.0±21.8	37.7±20.9	164.66 (0.047)
GFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	13.1±11.4	15.1±13.7	24.2±17.7	426.13 (0.176)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องและขาด 25-hydroxyvitamin D ของผู้ป่วย CKD (n =220)

ปัจจัย	Serum 25-hydroxyvitamin (ng/mL)			X ² (P-value)
ช่วงเวลาในการสัมผัสแสงแดดต่อวัน (กิจกรรมกลางแจ้ง)				13.24 (0.010)
<30 นาที	63 (52.94%)	49 (41.18%)	7 (5.88%)	
30 นาที - 2 ชั่วโมง	25 (44.64%)	25 (44.64%)	6 (10.71%)	
>2 ชั่วโมง	10 (22.22%)	29 (64.44%)	6 (13.33%)	
ระดับวิตามินดีในเลือด (นก./มล.)	12.6±3.9	24.2±3.1	40.9±9.8	440 (<0.001)
ระดับ iPTH (พก./มล.)	368.2±600.8	302.5±368.9	309.5±454.1	412.7 (0.150)
Serum Ca (มก./ดล.)	8.9±0.9	9.8±8.5	9.5±0.8	99.43 (0.119)
Serum phosphorus (mg/dL)	4.3±1.7	4.6±4.1	4.4±1.5	113.66 (0.645)
Serum alkaline phosphatase (U/L)	112.5±113.5	112.9±56.7	94.3±36.2	187.88 (0.882)
Serum albumin (ก./ดล.)	3.8±0.5	4.3±3.3	4.2±0.5	96.66 (<0.001)
Hb (ก./ดล.)	10.2±1.8	10.4±1.9	11.4±2.6	169.89 (0.069)

เมื่อวิเคราะห์สมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างช่วงเวลาในการสัมผัสแสงแดดต่อวัน (กิจกรรมกลางแจ้งช่วงเวลา <30 นาที, 30 นาที - 2 ชั่วโมง และ >2 ชั่วโมง) และระดับวิตามินดีในเลือด (นก./มล.) พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

โดยพบว่าการสัมผัสแสงแดดต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับวิตามินดีในเลือด ($r = 0.23$) ($P < 0.001$) (ภาพที่ 2) และระยะเวลาในการสัมผัสแสงแดดต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่า GFR ($r = -0.09$)



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาในการสัมผัสแสงแดดต่อวัน (1.0 = <30 นาที, 2.0 = 30 นาที - 2 ชั่วโมง และ 3.0 = >2 ชั่วโมง) และระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัม (นก./มล.) ของผู้ป่วย CKD ด้วยสมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (n=220)

สรุปผลและอภิปรายผล

การค้นพบที่สำคัญของงานวิจัยนี้คือผู้ป่วย CKD ในจังหวัดสมุทรสาครมีภาวะพร่องและขาด

วิตามินดีค่อนข้างสูงโดยเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 5 และบ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วย CKD มีระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมจะยิ่งลดต่ำลงตามระยะของไตวายเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น (CKD ระยะ 3a-5) นอกจากนี้ การสัมผัสกับแสงแดดต่อวัน (กิจกรรมกลางแจ้ง) ของผู้ป่วย CKD มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและแปรผกผันกับระยะของโรคไตวายเรื้อรัง

แม้ว่าประเทศไทยจะเป็นภูมิภาคเขตร้อนก็ตาม แต่จากการศึกษาความชุกของผู้ป่วย CKD ในครั้งนี้ยืนยันรายงานก่อนหน้านี้เกี่ยวกับความชุกของภาวะพร่องและขาด 25-hydroxyvitamin D ในประชากรไทยไม่เกี่ยวข้องกับที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ในประเทศไทย²¹ โดยการศึกษานี้ได้สำรวจในกลุ่มผู้ป่วย CKD เท่านั้น แต่ยังพบความชุกของภาวะขาดวิตามินดีถึง 47.3% และภาวะพร่องวิตามินดี 44.1% ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่า 25-hydroxyvitamin D ≥ 30 (นก./มล.) มีเพียง 8.6% เท่านั้น และแปรผันตรงกับระยะของโรคไตวายเรื้อรังซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหน้า^{15,22} แม้ว่าภาคกลางของประเทศไทยจะมีแสงแดดสูงแต่ประชากรในภูมิภาคนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดวิตามินดีเนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่ในจังหวัดสมุทรสาครเป็นโรงงานอุตสาหกรรมประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแรงงานซึ่งไม่ค่อยได้สัมผัสแสงแดดในตอนกลางวันมากนักจึงรับแสงแดดได้น้อยสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้ที่พบความชุกของภาวะวิตามินดีต่ำในกลุ่มประชากรเอเชียแม้ว่าจะเป็นภูมิภาคเขตร้อนก็ตาม¹⁰ ในบรรดาอาสาสมัครที่เข้าร่วมทั้งหมดของการศึกษานี้พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมจะมีระดับต่ำลงตามระยะของโรคไตวายเรื้อรัง 3a-5 ในทำนองเดียวกับการศึกษาอื่นที่วัดระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมของผู้ป่วยโรค CKD มีค่าเฉลี่ย 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมลดต่ำลงเช่นกัน^{23,24} นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมกับค่า serum albumin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับงานวิจัยก่อน

หน้าที่แสดงให้เห็นว่าระดับ 25-hydroxyvitamin D ที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับ serum albumin ในผู้ป่วย CKD และโรคเบาหวานประเภท 1 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่า 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมกับค่า GFR²⁵ ดังนั้น ข้อมูลก่อนหน้านี้และการค้นพบของงานวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ว่าการขาดวิตามินดี/พร่องวิตามินดีเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย CKD โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มี GFR โดยประมาณน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ซึ่งภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วย CKD มักจะพบว่ามีความรุนแรงกว่าประชากรทั่วไปโดยจะเริ่มพบระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมลดต่ำลงเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และสามารถพบได้ทุกระยะของผู้ป่วย CKD²⁶ ส่วนความชุกของผู้ป่วย CKD ในจังหวัดสมุทรสาครที่มีภาวะขาด 25-hydroxyvitamin D ในซีรัม จำนวน 220 ราย เท่ากับ 2%, 9%, 13% และ 75.5% ตามผู้ป่วย CKD ระยะ 3a, 3b, 4 และ 5 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มในทิศทางเดียวกับการค้นพบของ Satirapoj B และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วย CKD ในภาคกลางของประเทศไทยมีความชุกของภาวะขาด 25-hydroxyvitamin D ในซีรัม ในผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3a, 3b, 4 และ 5 เท่ากับ 66.6%, 70.9%, 74.6% และ 84.7% ตามลำดับ

การค้นพบที่น่าสนใจของการศึกษานี้ คือระยะเวลาในการสัมผัสแสงแดดของผู้ป่วย CKD มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความสัมพันธ์ผกผันกับระยะของ CKD เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Yoon U A และคณะ²⁷ ที่ชี้ให้เห็นว่าการได้รับแสงแดดมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยฟอกไต ซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่าง 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมและความเสี่ยงต่อโรคไตในกลุ่มผู้ป่วย CKD ที่ไม่ผ่านการฟอกไต²⁷

โดยสาเหตุของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วย CKD อาจมีสาเหตุมาผู้ป่วย CKD จำนวนมากมีกิจกรรมการออกกำลังกายกลางแจ้งน้อยหรือแทบจะไม่ออกสัมผัสแสงแดดเลยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตทำให้การสังเคราะห์วิตามินดี 3 บริเวณผิวหนัง

เกิดขึ้นได้น้อยลงเช่นกัน²⁷⁻²⁹ หรือจำเป็นต้องมีการจำกัดอาหารที่มีปริมาณโปรตีนและฟอสเฟตสูง เช่น ไข่แดง ธัญพืช เนื้อสัตว์ นม และผลิตภัณฑ์จากนม จึงทำให้ได้รับวิตามินดีจากอาหารลดลง^{22, 30} มีภาวะยูรีเมีย (uremia) ทำให้มีการสูญเสียวิตามินดีในปัสสาวะมากขึ้น³¹ มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria)^{26, 32} แม้ว่าคำอธิบายเกี่ยวกับกลไกระดับโมเลกุลยังไม่มี ความชัดเจนก็ตามแต่ก็มีหลักฐานที่เพิ่มขึ้นจากการศึกษาทางคลินิกแสดงให้เห็นความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างระดับวิตามินดีในเลือดกับความดันโลหิต และ/หรือความผิดปกติของระบบ renin angiotensin-aldosterone (RAAS) ซึ่ง RAAS มีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและความเสียหายของไต^{33, 34} ผู้ป่วย CKD จะมีปัญหาในการเปลี่ยน 25-hydroxyvitamin D ให้เป็น 1,25(OH)₂D₂ ซึ่งเป็นรูปแบบออกฤทธิ์ของวิตามินดีเนื่องจากสูญเสียกิจกรรมของ 1 α -hydroxylase³⁵ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาในการสัมผัสแสงแดดต่อวัน (กิจกรรมกลางแจ้ง) และระดับวิตามินดีในเลือด (นก./มล.) กับระดับอาการของโรคไตเรื้อรังพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าการสัมผัสแสงแดดต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัม ($r = 0.23$) ($P < 0.001$) และระยะเวลาในการสัมผัสแสงแดดต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อระดับ GFR ($r = -0.09$) แสดงให้เห็นว่ายิ่งสัมผัสแสงแดดนานขึ้นจะทำให้มีระดับวิตามินดีสูงขึ้นและมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตดีขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลของงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ได้แนะนำว่าการได้รับรังสี UVB ได้ผิวหนังเป็นระยะ ๆ จากการจำลองแสงแดดมีประสิทธิผลในการ

รักษาและ/หรือป้องกันการขาดวิตามินดีในผู้ป่วย CKD ระยะสุดท้ายได้^{28, 29} และจากการค้นพบก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าการได้รับแสงแดดมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยฟอกไต²⁷ ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดวิตามินดีและนำไปสู่กลยุทธ์ในประเมินความเสี่ยงของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วย CKD ตั้งแต่เริ่มต้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้มีชุดข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งปัจจัยทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ แม้ว่าชุดข้อมูลจะมีลักษณะครอบคลุม แต่ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ ขาดข้อมูลกลุ่มควบคุมที่มีสุขภาพดี ขาดข้อมูลการบริโภคอาหารที่มีวิตามินดี และอาสาสมัครเป็นผู้ป่วย CKD ในจังหวัดสมุทรสาครเท่านั้นจึงสรุปผลการค้นพบได้เพียงกลุ่มที่ศึกษาเท่านั้นไม่อาจสรุปรวมถึงประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการสัมผัสแสงแดดระหว่างกลุ่มผู้ป่วย CKD กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่สัมผัสแสงแดดเพื่อวัดระดับ 25-hydroxyvitamin D และค่าผลตรวจปฏิบัติการอื่นๆ เพื่อติดตามผลการรักษาและความสัมพันธ์อื่นๆ ที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วย CKD ระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาครที่สนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาและหน่วยงานอายุรกรรมไตที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- George C, Mogueo A, Okpechi I, Echouffo-Tcheugui JB, Kengne AP. Chronic kidney disease in low-income to middle-income countries: the case for increased screening. *BMJ Glob Health*. 2017;2(2):e000256.
- Kantas T, Avendano Capriles CA, Babor S, Tamdin T, Al-Rihani H, Thalla A, et al. Retraction: Relationship Between Chronic Kidney Disease Staging and Vitamin D Deficiency: A Retrospective Study. *Cureus*. 2022;14(3):r55.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. Thailand renal replacement therapy: Year 2020. Retrieved from <https://www.nephrothai.org/annual-report-thailand-renal-replacement-therapy-2007-2019-th/>. 2020.

- 4.Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(7):1911-30.
- 5.Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med.* 2007;357(3):266-81.
- 6.Brandenburg VM, Vervloet MG, Marx N. The role of vitamin D in cardiovascular disease: from present evidence to future perspectives. *Atherosclerosis.* 2012;225(2):253-63.
- 7.Forman JP, Williams JS, Fisher ND. Plasma 25-hydroxyvitamin D and regulation of the renin-angiotensin system in humans. *Hypertension.* 2010;55(5):1283-8.
- 8.Pereira-Santos M, Costa PR, Assis AM, Santos CA, Santos DB. Obesity and vitamin D deficiency: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2015;16(4):341-9.
- 9.Chailurkit LO, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. Regional variation and determinants of vitamin D status in sunshine-abundant Thailand. *BMC Public Health.* 2011;11:853.
- 10.Siwamogsatham O, Ongphiphadhanakul B, Tangpricha V. Vitamin D deficiency in Thailand. *J Clin Transl Endocrinol.* 2015;2(1):48-9.
- 11.Kittivisuit S, Sripornsawan P, Songthawee N, Chavananon S, Yam-Ubon U, McNeil EB, et al. Vitamin D Deficiency in Childhood Cancer Survivors: Results from Southern Thailand. *Nutrients.* 2023;15(6).
- 12.Abuhajar SM, Taleb MH, Ellulu MS. Vitamin C deficiency and risk of metabolic complications among adults with chronic respiratory diseases: A case-control study. *Clin Nutr ESPEN.* 2021;43:448-55.
- 13.Thimachai P, Supasyndh O, Chaiprasert A, Satirapoj B. Efficacy of High vs. Conventional Ergocalciferol Dose for Increasing 25-Hydroxyvitamin D and Suppressing Parathyroid Hormone Levels in Stage III-IV CKD with Vitamin D Deficiency/Insufficiency: A Randomized Controlled Trial. *J Med Assoc Thai.* 2015;98(7):643-8.
- 14.Diniz HF, Romao MF, Elias RM, Romao Junior JE. Vitamin D deficiency and insufficiency in patients with chronic kidney disease. *J Bras Nefrol.* 2012;34(1):58-63.
- 15.Satirapoj B, Limwannata P, Chaiprasert A, Supasyndh O, Choovichian P. Vitamin D insufficiency and deficiency with stages of chronic kidney disease in an Asian population. *BMC Nephrol.* 2013;14:206.
- 16.Hoffmann S, Sobotzki C. Response to 'avoidance of sun exposure as a risk factor for major causes of death: a competing risk analysis of the Melanoma in Southern Sweden cohort'. *J Intern Med.* 2017;281(6):622-3.
- 17.Minisola S, Merlotti D. The Effect of Vitamin D on Metabolic Bone Disease and Chronic Diseases. *Nutrients.* 2023;15(22).
- 18.Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155-9.
- 19.Kidney Disease: Improving Global Outcomes CKD-MBDUWG. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl.* (2011). 2017;7(1):1-59.
- 20.Senaprom S, Yamborisut U, Rojroongwasinkul N, Wimonpeerapattana W, Purttiponthanee S, Khouw I, et al. Factors associated with vitamin D status among Thai children aged 3-13 years. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2016;47(2):277-86.
- 21.Chailurkit LO, Ongphiphadhanakul B, Aekplakorn W. Update on vitamin D status in sunshine-abundant Thailand, 2019-2020. *Nutrition.* 2023;116:112161.
- 22.Zhao S, Chen X, Wan Z, Geng T, Lu Q, Yu H, et al. Associations of serum 25-hydroxyvitamin D and vitamin D receptor polymorphisms with risks of cardiovascular disease and mortality among patients with chronic kidney disease: a prospective study. *Am J Clin Nutr.* 2024.
- 23.Chonchol M, Scragg R. 25-Hydroxyvitamin D, insulin resistance, and kidney function in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Kidney Int.* 2007;71(2):134-9.

24. Takiar R, Lutsey PL, Zhao D, Guallar E, Schneider AL, Grams ME, et al. The associations of 25-hydroxyvitamin D levels, vitamin D binding protein gene polymorphisms, and race with risk of incident fracture-related hospitalization: Twenty-year follow-up in a bi-ethnic cohort (the ARIC Study). *Bone*. 2015;78:94-101.
25. Isakova T, Gutierrez OM, Patel NM, Andress DL, Wolf M, Levin A. Vitamin D deficiency, inflammation, and albuminuria in chronic kidney disease: complex interactions. *J Ren Nutr*. 2011;21(4):295-302.
26. Franca Gois PH, Wolley M, Ranganathan D, Seguro AC. Vitamin D Deficiency in Chronic Kidney Disease: Recent Evidence and Controversies. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8).
27. Yoon UA, Kim YC, Lee H, Kwon S, An JN, Kim DK, et al. The impact of sunlight exposure on mortality of patients with end stage renal disease. *Sci Rep*. 2019;9(1):2230.
28. Krause R. Vitamin D and UV exposure in chronic kidney disease. *Dermatoendocrinol*. 2013;5(1):109-16.
29. Krause R, Stange R, Roth HJ, Kaase H, Michalsen A, Holick MF. Partial Body UV Exposure in Chronic Kidney Disease and Extrarenal Vitamin D Metabolism. *Anticancer Res*. 2018;38(2):1217-9.
30. Yamaguchi S, Hamano T, Yonemoto S, Fujii N, Isaka Y. Low-dosage active vitamin D modifies the relationship between hypocalcemia and overhydration in patients with advanced chronic kidney disease. *J Nephrol*. 2024;37(2):535-8.
31. Matsumoto AK, Maes M, Michelin AP, Soares AE, Semeao LO, Godeny P, et al. Vitamin D deficiency is not associated with increased oxidative stress in chronic kidney disease pre-dialysis patients. *J Bras Nefrol*. 2020;42(4):420-8.
32. Pavlovic D, Katicic D, Gulin T, Josipovic J. Vitamin d in the patients with chronic kidney disease: when, to whom and in which form. *Mater Sociomed*. 2015;27(2):122-4.
33. Garcia-Prieto AM, Verdalles U, de Jose AP, Arroyo D, Aragoncillo I, Barbieri D, et al. Renin-angiotensin-aldosterone system blockers effect in chronic kidney disease progression in hypertensive elderly patients without proteinuria: PROERCAN trial. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2024;41(2):95-103.
34. Turino Miranda K, Ahmed SB. Renin Angiotensin Aldosterone System Renalism: What is the Consensus in Advanced Chronic Kidney Disease? *Can J Cardiol*. 2024.
35. Pitts TO, Piraino BH, Mitro R, Chen TC, Segre GV, Greenberg A, et al. Hyperparathyroidism and 1,25-dihydroxyvitamin D deficiency in mild, moderate, and severe renal failure. *J Clin Endocrinol Metab*. 1988;67(5):876-81.

การพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล

Developing management guidelines when a client is found to have high blood pressure in the hospital.

(Received: May 29,2024 ; Revised: June 21,2024 ; Accepted: June 22,2024)

หทัยชนก เกตุจุนา¹,ณัฐจิวรรณ พันธมุง¹,เบญจมาศ นาคราช²,ขวัญชนก อีสระ¹,สุภาพร ศุภสร¹

Hathaichanok Ketjuna¹, Nuttiwan Panmung¹, Benjamas Nakkarach², Khuanchanok Teesara¹, Supaporn Supasorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน 2) สำรวจการนำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปทดลองใช้ในโรงพยาบาล และ 3) ติดตามผลการดำเนินการติดตามและวินิจฉัยผู้รับบริการที่โรงพยาบาลที่มีความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP $\geq$ 180 mmHg และ/ หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg) เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมทดลองนำร่อง 33 แห่ง แบ่งเป็น การตอบแบบสำรวจการประเมิน Flow Chart แนวทางฯ และข้อมูลผู้รับบริการที่มาโรงพยาบาลที่มีค่าระดับความดันโลหิตสูงอันตรายที่ควรได้รับการวินิจฉัยหรือการติดตาม ระยะเวลาดำเนินงานทดลองใช้แนวทางฯ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า การนำแนวทางฯ ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาล 33 แห่ง สามารถเพิ่มการยืนยันวินิจฉัยและการติดตามในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอันตรายได้ โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ 1) เพิ่มการยืนยันวินิจฉัยขึ้นทะเบียนรักษาโรคความดันโลหิตสูงในวันนั้นมีผลการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 24.55 สูงกว่าก่อนเริ่มโครงการ ร้อยละ 21.06 และในปัจุบันประมาณ มีผลการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง หลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 52.92 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 22.46 2) เพิ่มการติดตามและยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ภายใน 1-7 วัน มีผลการดำเนินงานหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 14.98 สูงกว่าก่อนเริ่มโครงการ ร้อยละ 14.35 และภายในปัจุบันประมาณ มีผลการดำเนินงานหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 46.58 สูงกว่าก่อนเริ่มโครงการ ร้อยละ 35.64 ทั้งนี้แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ผ่านการประเมินและรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2565

คำสำคัญ : ความดันโลหิตสูงระดับอันตราย,การยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง,โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study was action research with the following objectives: 1. To develop guidelines for the management of clients found to have high blood pressure in the hospital. 2. To explore the implementation of draft guidelines in hospitals. 3. To evaluate the results of operations that increase the monitoring and diagnosis of service recipients with dangerously high blood pressure (SBP $\geq$ 180 mmHg and/or DBP $\geq$ 110 mmHg). Data were collected from 33 hospitals participating in the pilot study. The sites are divided into pilot hospitals that responded to the survey on the implementation of the draft guidelines for trial in July - September 2022 and those providing data on service recipients who came to the hospital with dangerously high blood pressure levels. The data were analyzed using percentage frequencies.

The results of the study found that piloting the guidelines in 33 hospitals can increase diagnosis confirmation and follow-up in people with dangerously high blood pressure. Key findings include: 1. Increasing diagnosis confirmation. The percentage of patients registered for treatment of high blood pressure on the same day with a confirmed diagnosis of

¹ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

² สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

high blood pressure increased by 24.55 percent, which is 21.06 percent higher than before the project started. The rate of diagnosis confirmation for those registered to treat high blood pressure in the fiscal year rose to 52.92 percent after joining the project, which is 22.46 percent higher than before the project began. 2. Increasing monitoring and diagnosis confirmation. The performance of monitoring and confirming high blood pressure diagnoses within 1-7 days increased by 14.98 percent after joining the project, which is 14.35 percent higher than before the project began. Monitoring and confirmation of high blood pressure diagnoses in the fiscal year increased by 46.58 percent, which is 35.64 percent higher than before the project began. Additionally, the guidelines for managing clients with high blood pressure in the hospital passed the evaluation and certification of product standards for surveillance, prevention, and control of disease and health hazards by the Department of Disease Control, as of 31 August 2022.

Key words: Dangerous high blood pressure, Confirming the diagnosis of high blood pressure ,Hypertension

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - communicable diseases) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของโลกและประเทศไทยโดย โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562 - 2563)¹ พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (ชายร้อยละ 26.7 และหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557² และจากข้อมูลในรายงาน Health Data Center (HDC) ปีงบประมาณ 2564 พบประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 19,521,307 คน ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17,082,306 คน (ร้อยละ 87.51) เป็นกลุ่มปกติ (ค่าความดันโลหิต SBP ระหว่าง 51-129 mmHg และ DBP ระหว่าง 51-84 mmHg) จำนวน 14,988,159 คน (ร้อยละ 87.74) เป็นกลุ่มเสี่ยง (ค่าความดันโลหิต SBP ระหว่าง 130-139 mmHg หรือ DBP ระหว่าง 85-89 mmHg) จำนวน 1,311,783 คน (ร้อยละ 7.68) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย (ค่าความดันโลหิต SBP ระหว่าง 140-179 mmHg หรือ DBP ระหว่าง 90-109 mmHg) จำนวน 700,020 คน (ร้อยละ 4.10) และกลุ่มที่มีค่าความดันโลหิตสูงอันตราย (ค่าความดันโลหิต SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg) จำนวน 41,379 คน (ร้อยละ 0.24) โดยกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตที่อยู่ในกลุ่มสงสัยป่วยและกลุ่มที่มี

ค่าความดันโลหิตสูงอันตราย ควรได้รับการติดตามและได้รับการวินิจฉัย จากข้อมูลผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4³ และครั้งที่ 5² (A cohort of Thai National Health Examination Survey IV-V) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอันตราย จำนวน 1,000 ราย หากไม่ได้รับการดูแลรักษา ภายใน 1 ปี จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน 48 ราย ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแล รักษาและควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงในระดับ SBP ระหว่าง 120-139 mmHg และ DBP ระหว่าง 80-89 mmHg จะสามารถลดอัตราการตายจากทุกสาเหตุได้จำนวน 31 ราย และทุกๆ 31 ราย ที่ได้รับการดูแลรักษา จะสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ 1 ราย ภายใน 1 ปี มีแนวทางหรือกระบวนการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และที่ชัดเจนจะสามารถเพิ่มการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร⁴ ที่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการใช้แนวปฏิบัติ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ย

ความดันโลหิตของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการจัดการพยาบาล ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พยาบาลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความพึงพอใจในระดับมากต่อการใช้แนวปฏิบัติ จึงควรมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในแผนกอื่นๆ ที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้การได้รับการติดตามเพื่อเข้ารับการยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญที่ทำให้ลดความรุนแรงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย การเพิ่มอัตราการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประเทศไทย ปี 2560 – 2562⁵ ซึ่งศึกษาการติดตามผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษา โดยใช้ข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลในระบบข้อมูลโรงพยาบาล เมื่อพบผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง และจัดทำแนวทางการติดตามผู้ป่วยที่กำหนดขึ้นสำหรับการศึกษาครั้งนี้โดยเฉพาะ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 23 ของผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีค่าความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังจบการติดตาม แต่มีเพียงร้อยละ 28 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่านั้นที่ได้รับสมมุติฐานติดตาม โดยสาเหตุของการแจกสมมุติฐานได้น้อยคือ ต้องซักประวัติข้อมูลผู้รับบริการจำนวนมาก ภาระงาน ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ ความตระหนักและเห็นความสำคัญของการนัดติดตามความดันโลหิตซ้ำน้อย จึงทำให้ไม่ได้นัดติดตามและหลังการทดลองผู้ป่วย ร้อยละ 82 ที่ได้รับการติดตามความดันโลหิตซ้ำมีโอกาสดำเนินการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงมากกว่าไม่ได้รับการติดตามความดันโลหิตซ้ำถึง 3 เท่า จากความสำคัญนี้และข้อมูลการศึกษาทบทวนข้างต้น จึงได้มีการพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลขึ้นเพื่อให้มีแนวทางการในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษา ลดความ

รุนแรงต่อความพิการ หรือเสียชีวิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมบททวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย องค์ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562⁶ แนวทางการศึกษาวิจัยการเพิ่มอัตราการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประเทศไทย ปี 2560 – 2562⁵ และเนื้อหาทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลให้มีความชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้ทุกพื้นที่

2. การจัดทำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล จากการทบทวนปัญหา อุปสรรคของการนำไปใช้ทดลองในโรงพยาบาลนาร่องในเขตสุขภาพที่ 4 ในปีงบประมาณ 2562 และนำมาพัฒนาแนวทางเพิ่มเติมโดยคณะอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมให้ข้อเสนอแนะและสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการในการพัฒนา

3. การจัดประชุมประชาพิจารณ์แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล โดยมีอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 76 จังหวัดและผู้แทนจากโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมนำร่องในการนำแนวทางฯไปทดลองใช้จำนวน 33 แห่ง จาก 17 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ และนำข้อเสนอแนะมาพัฒนาและปรับปรุงแนวทางฯ ให้มีความเหมาะสม ถูกต้องตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 และสอดคล้องกับการดำเนินงานของโรงพยาบาล

4. พัฒนาชุดรายงานบนหน้า Health Data Center(HDC) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ที่ ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD) >> HOSP BP กลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีค่าความดันโลหิตสูง SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg จำนวน 3 ตัวชี้วัดประกอบด้วย 1) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg ได้รับการลงรหัส R03.0 และ/หรือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง I10 – I15 ในวันนั้น จากการค้นหาในโรงพยาบาล 2) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 – I15) จากการค้นหาในโรงพยาบาล และ 3) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg ที่ได้รับการลงรหัส R03.0 และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 – I15) จากการค้นหาในโรงพยาบาล

5. นำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปใช้และสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ ทีมแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้กับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมนำร่อง ให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พร้อมอธิบายขั้นตอนการนำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปใช้ในแต่ละแผนกของโรงพยาบาล การให้ความรู้ขั้นตอนการลงรหัสวินิจฉัยและการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมของโรงพยาบาล 2) สนับสนุนแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล และ Flow แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ในรูปแบบออนไลน์และสื่อสิ่งพิมพ์ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติใช้ในทุกแผนกที่มีผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูง

ในโรงพยาบาลให้เป็นแนวทางและมาตรฐานเดียวกัน 3) สนับสนุนตัวชี้วัดเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ขั้นตอนการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ผ่านรายงานหน้า Health Data Center (HDC) โดยโรงพยาบาลสามารถติดตามข้อมูล เป้าหมาย ผลงาน การวินิจฉัยผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ที่มีค่าระดับความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg) ที่ควรได้รับการวินิจฉัยหรือควรได้รับการติดตามเพื่อวินิจฉัยภายในวันหรือภายใน 7 วัน และภายในปีงบประมาณที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล

6. การติดตามประเมินผล มีการติดตามผลการดำเนินงานผ่าน 3 ตัวชี้วัด ในรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข และผลการทดลองใช้แนวทางฯ ผ่านแบบสำรวจการประเมิน Flow Chart แนวทางฯ พร้อมทั้งมีการประชุมติดตามการดำเนินงานทุกเดือนและประชุมสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 76 จังหวัดและผู้แทนจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมนำร่อง 33 โรงพยาบาล จาก 17 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ เพื่อนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแนวทางฯ และส่งเข้ารับการประเมินมาตรฐานกรมควบคุมโรค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้

2. เพื่อสำรวจการนำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปทดลองใช้ในโรงพยาบาล

3. เพื่อติดตามผลการดำเนินงานการติดตามและวินิจฉัยผู้รับบริการที่โรงพยาบาลที่มีค่าความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP $\geq$ 180 mmHg และ/ หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg)

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นรูปแบบงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการทบทวนและพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล พร้อมนำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมนำร่อง จำนวน 33 แห่ง จาก 17 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมนำร่อง 33 แห่ง จาก 17 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดย

1. เจ้าหน้าที่หรือผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ตอบแบบสำรวจการนำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล หลังจากนำไปทดลองใช้ ช่วงเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2565 เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะในปรับปรุงขั้นตอนในการดำเนินงานตามแนวทางฯ และคณะผู้ศึกษาดำเนินการสรุปข้อเสนอแนะ จากแบบสำรวจการประเมิน Flow Chart แนวทางฯ และจากการประชุมประชาพิจารณ์ ในช่วงเดือนมีนาคม 2565 เพื่อวิเคราะห์และปรับแก้ไขแนวทางฯ พร้อมส่งเข้ารับการประเมินมาตรฐานกรมควบคุมโรค และได้ผ่านการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2565

2. ผู้รับบริการที่มาโรงพยาบาล และมีค่าระดับความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP $\geq$ 180 mmHg และ/ หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg) ที่ควรได้รับการวินิจฉัยหรือควรได้รับการติดตามเพื่อวินิจัยภายในวันหรือภายใน 7 วัน หรือภายในปีงบประมาณ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมนำร่อง โดยมีการนำแนวทางฯ ไปทดลองใช้ ช่วงเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

มีการพัฒนาแนวทางฯ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 พร้อมสำรวจการนำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปทดลองใช้ ช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2565 โดยใช้แบบฟอร์มสำรวจการนำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ที่คณะผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นโดยผ่านการทบทวนและการให้ข้อเสนอแนะจากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองการนำไปใช้จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ซึ่งแบบสำรวจมีเนื้อหาครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษาตามขั้นตอน Flow chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล และข้อมูลผลการดำเนินงานผู้รับบริการที่มีค่าระดับความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP $\geq$ 180 mmHg และ/ หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg) ที่ควรได้รับการวินิจฉัยหรือควรได้รับการติดตามเพื่อวินิจัยภายในวันหรือภายใน 7 วัน หรือภายในปีงบประมาณสามารถดูข้อมูลโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 33 แห่ง ผ่านรายงาน Health Data Center (HDC)

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา(Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. ผลการสำรวจการประเมิน Flow chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงใน

โรงพยาบาล (Hospital BP) ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 33 แห่ง จาก 17 จังหวัด 12 เขตสุขภาพ ในช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2565 มี

โรงพยาบาลที่ตอบแบบสำรวจ จำนวน 27 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.82 ของโรงพยาบาลทั้งหมด รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนกที่มีการนำ Flow chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปใช้ดำเนินงานในโรงพยาบาล

แผนกที่นำ Flow chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปใช้ดำเนินงาน	จำนวน N=27 (ร้อยละ)
แผนกผู้ป่วยนอก (Out Patient Department: OPD)	27 (100)
แผนกผู้ป่วยนอกของทันตกรรม	5 (18.52)
แผนกผู้ป่วยนอกของแผนกอายุรกรรม	3 (11.11)
แผนกผู้ป่วยนอกของศัลยกรรมทั่วไป	2 (7.41)
แผนกผู้ป่วยนอกของสูตินรีเวชกรรม	2 (7.41)
แผนกผู้ป่วยนอกของออร์โธปิดิกส์	2 (7.41)
แผนก NCD Clinic	1 (3.70)
แผนกแพทย์แผนไทย	1 (3.70)
แผนกกายภาพบำบัด	1 (3.70)
แผนกเวชกรรมชุมชน/PCU รพ.	1 (3.70)
แผนกตรวจรักษา COVID-19 และจุดฉีดวัคซีน COVID-19	1 (3.70)
แผนกผู้ป่วยนอกของ แผนกจักษุ	1 (3.70)
แผนกผู้ป่วยนอกของ แผนกหูคอจมูก	1 (3.70)

จากผลการสำรวจพบว่า โรงพยาบาลมีการนำ flow chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปใช้ในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือแผนกผู้ป่วยนอกของทันตกรรม ร้อยละ 18.52 และ

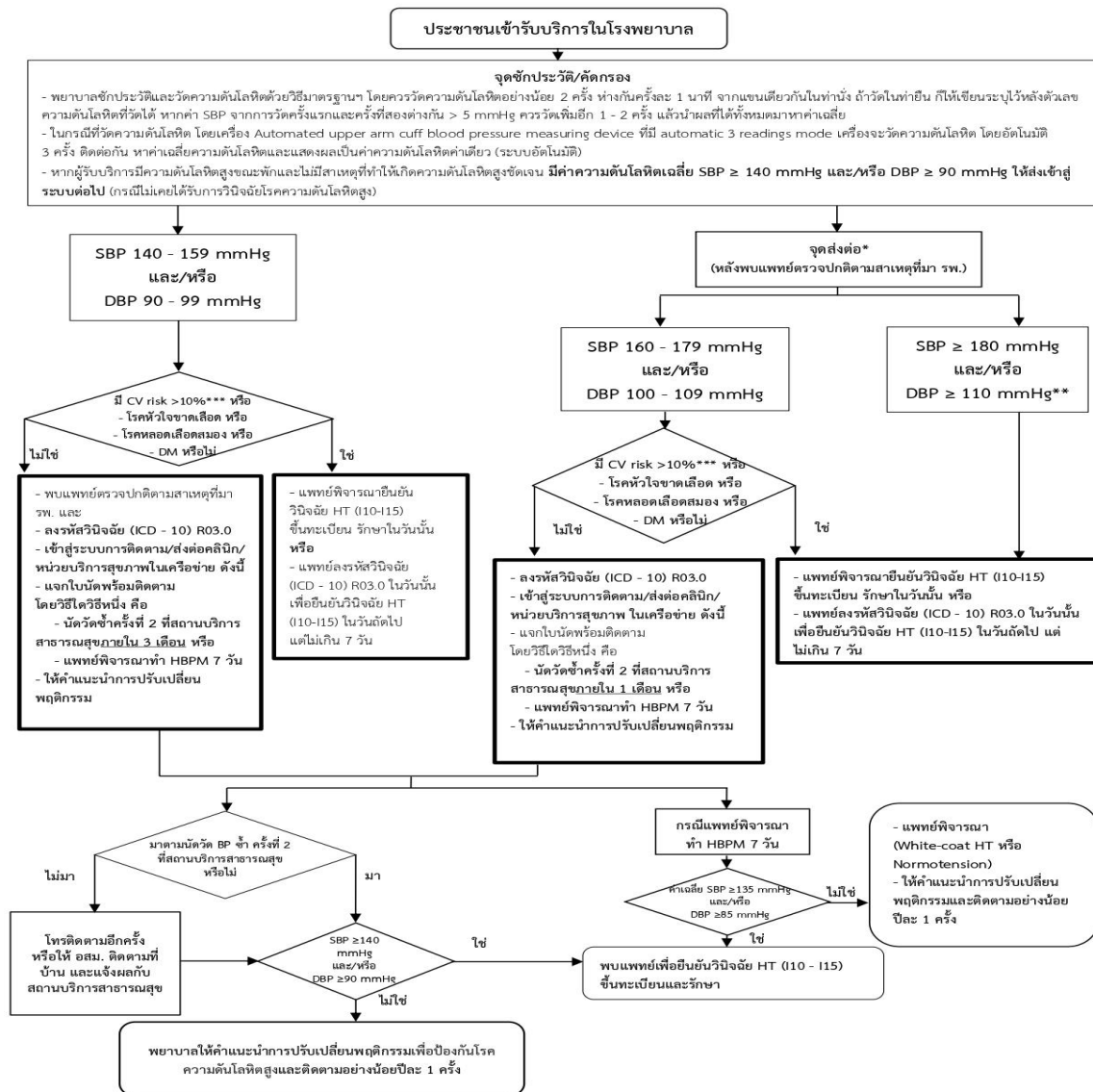
แผนกผู้ป่วยนอกของแผนกอายุรกรรม ร้อยละ 11.11 ตามลำดับ ผลการสำรวจการนำ Flow chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปใช้ ตามขั้นตอนที่กำหนด มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการสำรวจการนำ Flow แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ไปใช้ในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่	ข้อค้นพบ
1	- หากวัดความดันโลหิตรอบแรกปกติ จะไม่วัดความดันโลหิตซ้ำ แต่ถ้ามีการวัดซ้ำหลายๆ ครั้ง เจ้าหน้าที่จะบันทึกค่าแรกและค่าสุดท้ายลงในโปรแกรมโรงพยาบาล - ในสถานการณ์ COVID-19 จุดนี้ต้องทำงานทั้งด้าน ARI และ OPD ทั่วไปและในแผนก ER บางโรงพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพเพียง 1 คน ทำให้วัดความดันโลหิตไม่ได้ทุกราย - กรณีมีระดับความดันโลหิต SBP 140-159 mmHg และหรือ DBP 90-99 mmHg วัดความดันโลหิตซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก OPD - เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลามากพอมาหาค่าเฉลี่ยความดันโลหิต เนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก
2	- ไม่สามารถตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิต >140/90 mmHg ในรายงาน HDC ได้
4,7,8,9	- การวินิจฉัย การรักษาโรคและการนัดหมาย ขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละท่าน ซึ่งแพทย์ใน โรงพยาบาล ที่ลงตรวจจะหมุนเวียนกัน ทำให้การดำเนินงานอาจไม่ครอบคลุมและครบถ้วน - แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขามีความหลากหลายในแผนกผู้ป่วยนอก ทำให้แพทย์ยังไม่เข้าใจวิธี/ขั้นตอน การลงรหัส ICD-10 เช่น ความเข้าใจการลงรหัส R03.0 และ I10-I15 ทำให้จำนวนผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงไม่ตรงกับรายงาน HDC - แพทย์ไม่ได้บันทึกวัดความดันโลหิตซ้ำ และบุคลากรไม่ได้แจกใบนัดติดตาม - มีการจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานกับรองแพทย์, รองหัวหน้า OPD, หัวหน้า IT, หัวหน้าเวชสถิติ แต่อาจขาดการสื่อสารที่ทั่วถึง - ยังไม่มีแนวทางการประสานไปยัง รพ.สต. ที่ผู้ป่วยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ในการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ ครั้งที่ 2
6,10	- บางแผนกในโรงพยาบาลไม่มีแพทย์ออกตรวจ เช่น คลินิกวางแผนครอบครัว, ตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ และไม่ได้ส่งต่อผู้ป่วยไปแผนกผู้ป่วยนอก - โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีการประเมิน CV risk หรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง - ผู้ป่วยไม่มาตามนัด/ย้ายที่อยู่
11	- บางโรงพยาบาลไม่มีการโทรติดตามหรือประสาน อสม. กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด - ผู้ป่วยเยอะ เจ้าหน้าที่ รพ.สต./อสม.น้อยและมีภาระงานมาก ไม่สามารถโทรติดตามได้ทุกคน - ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด ย้ายถิ่นฐาน
12	- พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการเข้ารับการตรวจติดตาม
13	- การส่งทำ HBPM อยู่ที่ดุลพินิจของแพทย์ผู้ตรวจ - ผู้ป่วยไม่มีอุปกรณ์และไม่สะดวกไปวัดความดันโลหิตที่ รพ.สต./เครื่องวัดความดันโลหิตไม่พอ
15	- ผู้ป่วยไม่มาตามนัด จึงไม่สามารถยืนยันวินิจัยโรคความดันโลหิตสูงได้ตามระยะเวลาที่กำหนด - แพทย์วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่มีการทำ HBPM ก่อนการวินิจัย

ข้อเสนอแนะจากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิ จากการประชุมประชาพิจารณ์ และจากการสำรวจการนำแนวทางไปใช้ ทางผู้ศึกษาได้นำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไข Flow chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล และได้ส่งเข้ารับการประเมิน

มาตรฐานกรมควบคุมโรคและได้ผ่านการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์เพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2565รายละเอียดตามภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แสดง Flow Chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล

2. ผลการดำเนินงานการนำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปทดลองใช้ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมนำร่อง ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2565 โดยติดตามการประมวลผลผ่านหน้ารายงาน Health Data Center พบว่า ผู้มารับบริการในแผนก

ผู้ป่วยนอกที่มีความดันโลหิตสูงอันตราย (ความดันโลหิตตัวบน (SBP) ≥ 180 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ≥ 110 mmHg) ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนรักษาเพิ่มสูงขึ้น โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

1. เพิ่มการยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์ (รหัส I10 – I15) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอันตราย

1) เพิ่มการยืนยันวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในวันนั้น โดยโรงพยาบาลทั้ง 33 แห่ง มีผลการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.55 สูงกว่าผลการดำเนินงานของภาพรวมประเทศ ร้อยละ 17.86 และมีผลการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 24.55 สูงกว่าก่อนเริ่มโครงการ ร้อยละ 21.06 รายละเอียดตามตารางที่ 3

2) เพิ่มการยืนยันวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ โดยโรงพยาบาลทั้ง 33 แห่ง มีผลการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.92 สูงกว่าผลการดำเนินงานของภาพรวมประเทศ ร้อยละ 52.82 และมีผลการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 52.92 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 22.46 รายละเอียดตามตารางที่ 3

2. เพิ่มการติดตาม(ลงรหัส R03.0) และยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์ (รหัส I10 – I15) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอันตราย

1) เพิ่มการติดตามและยืนยันวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนรักษาโรคความดันโลหิตสูง ใน 1-7 วัน โดยโรงพยาบาลทั้ง 33 แห่ง มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 14.98 สูงกว่าผลการดำเนินงานของภาพรวมประเทศ ร้อยละ 12.48 และมีผลการดำเนินงานหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 14.98 สูงกว่าก่อนเริ่มโครงการ ร้อยละ 14.35 รายละเอียดตามตารางที่ 3

2) เพิ่มการติดตามและยืนยันวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ โดยโรงพยาบาลทั้ง 33 แห่ง มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 46.58 สูงกว่าผลการดำเนินงานของภาพรวมประเทศ ร้อยละ 45.99 และมีผลการดำเนินงานหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 46.58 สูงกว่าก่อนเริ่มโครงการ ร้อยละ 35.64 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมดำเนินการ การนำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปทดลองใช้ เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565

ตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย(n = 33)	
	ก่อนเข้าร่วม (ร้อยละ)	หลังเข้าร่วม (ร้อยละ)
ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 – I15) ในวันนั้น จากการค้นหาในโรงพยาบาล	21.06	24.55
ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 – I15) ในปีงบประมาณ จากการค้นหาในโรงพยาบาล	22.46	52.92
ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg ได้รับการลงรหัส R03.0 และ/หรือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง I10 – I15 ภายใน 7 วัน จากการค้นหาในโรงพยาบาล	14.35	14.98
ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg ได้รับการลงรหัส R03.0 และ/หรือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง I10 – I15 ในปีงบประมาณ จากการค้นหาในโรงพยาบาล	35.64	46.58

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ทำให้มีแนวทางในการดำเนินงานที่โรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการให้บริการกับประชาชนที่เข้ารับบริการ และมีค่าระดับความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP $\geq$ 180 mmHg และ/ หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg) ที่ควรได้รับการวินิจฉัยหรือควรได้รับการติดตามเพื่อยืนยันวินิจฉัยภายในวันภายใน 7 วัน หรือภายในปีงบประมาณ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาเพื่อลดการเกิดความเสี่ยงและเสียชีวิตได้ โดยผลการดำเนินงานมีการชี้แจงการใช้แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลให้กับทีมแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในแผนกที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามผลการดำเนินงาน มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางการแก้ไขร่วมกับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูล ในการสนับสนุนองค์ความรู้และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน โดยผลการสำรวจพบโรงพยาบาลมีการนำ Flow chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือ แผนกผู้ป่วยนอกของทันตกรรม ร้อยละ 18.52 และแผนกผู้ป่วยนอกของแผนกอายุรกรรม ร้อยละ 11.11 ตามลำดับ และผลการนำ Flow chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปทดลองใช้ พบว่า มีการยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและการติดตามในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอันตรายเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่⁴ ที่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์

พยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาล และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อการใช้แนวปฏิบัติ เปรียบเทียบค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการจัดการพยาบาล ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พยาบาลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในระดับมาก ต่อการใช้แนวปฏิบัติ จึงควรมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในแผนกอื่นๆที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษา เพื่อเพิ่มการติดตามและการวินิจฉัยและการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการรักษา โดยผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ มีการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอันตราย ในวันเพิ่มขึ้น แต่สำหรับการลงทะเบียน R03.0 เพื่อติดตามและการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ลงทะเบียน I10 – I15) ใน 1-7 วัน ยังทำได้น้อยมาก อาจมีสาเหตุจากแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอกมีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่หลากหลาย ทำให้ไม่เข้าใจวิธีการหรือขั้นตอนการลงทะเบียน (ICD-10) R03.0 และ I10–I15 ขาดการสื่อสารประชาสัมพันธ์แนวทางทางการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆ (Hospital BP) ที่ทั่วถึง และการลงทะเบียน (ICD-10) R03.0 และ I10–I15 ต้องใช้เวลา จึงเป็นภาระงาน ในกรณีที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล มีประโยชน์และส่งผลดีต่อผู้รับบริการ ทำให้ได้รับการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกโรงพยาบาล ในประชาชนที่เข้ารับบริการและมีค่าระดับความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP $\geq$ 180 mmHg และ/ หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg) ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการติดตาม ควรมีการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการขยายผลและการนำไปใช้ในทุกโรงพยาบาล

2. การพัฒนาศักยภาพ การชี้แจง Flow Chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล และการชี้แจงวิธีการลงรหัส ICD-10 ให้กับทีมแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการนำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไปใช้อย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการสนับสนุนการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแลระบบข้อมูลโรงพยาบาล (IT) เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการพัฒนารายงานบน Health Data Center ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มตามค่าระดับความดันโลหิตเพื่อให้เกิดการติดตามและยืนยันวินิจฉัยที่ครอบคลุมทุกกลุ่มตามระดับค่าความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

1. Wichai, A. (2021). Thai National Health Examination Survey, NHES VI. Bangkok: Aksorn Graphic And Design.
2. Wichai, A. (2014). Thai National Health Examination Survey, NHES VI-V. Bangkok: Aksorn Graphic And Design.
3. Wichai, A. (2009). Thai National Health Examination Survey, NHES VI-V. Bangkok: Graphico_System.
4. Pratoompis P. Effectiveness of Implementing Nursing Management Guidelines among Patients with Hypertension Disease in Medical Ward, Phrae Hospital. Journal of the Phrae Hospital.,2022(Vol.30), 32- 51. (In Thai)
- 5 . Yueayai, K. et al. (2 0 2 0) . Hospital- based intervention to enhance hypertension diagnosis in Kalasin hospital, Thailand, 2017- 2019: A pre- post pilot intervention study. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/jch.13953>

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

มหาวิทยาลัยนครพนม

Cultural Competence of Nursing Students in Boromarajonani Nakhon Phanom Nursing

Collage , Nakhon Phanom University.

(Received: June 5,2024 ; Revised: June 21,2024 ; Accepted: June 22,2024)

เจริญชัย หมื่นห่อ¹ วิภาวรรณ สีหาคม²Chreonchai Muanhour¹ Vipawan Sehakom²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(Survey Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของสมรรถนะทางวัฒนธรรม และเปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ปีการศึกษา 2566 จำนวน 222 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาคได้เท่ากับ0.982 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way analysis of variance) และวิเคราะห์ Post Hoc ด้วย LSD

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มีระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมในภาพรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมากโดยมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมรายด้านเรียงตามลำดับดังนี้ 1) ด้านการมีความไวต่อการแสดงออกทางวัฒนธรรม 2) ด้านการมีความสามารถในการ ติดต่อสื่อสาร 3) ด้านการเคารพความเป็นบุคคล 4) ด้านการเข้าใจความต่างทางวัฒนธรรม และ 5) ด้านการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ส่วนผลการเปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษา พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: สมรรถนะทางวัฒนธรรม, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research was survey research aimed at examining the level of cultural competence and comparing the cultural competence among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University. The sample consisted of 222 nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, in the academic year 2023, selected through simple random sampling. Data was collected using a questionnaire, and the quality of the instrument was verified for content validity and reliability, achieving a Cronbach's alpha of 0.982. Data analysis was conducted using descriptive statistics, one-way analysis of variance and Post HOC by LSD

The research findings revealed that nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, had a high level of overall and specific cultural competence. The levels of cultural competence in different aspects were ranked as follows: 1) sensitivity to cultural expressions, 2) ability to communicate, 3) respect for individuality, 4) understanding cultural differences, and 5) providing culturally congruent nursing care. Furthermore, the comparison of cultural competence among students showed a statistically significant difference at the 0.05 level between second-year and fourth-year nursing students.

Keywords: Cultural Competence, Students Nurse

บทนำ

ในปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้านและแคลงทั้งนี้เพราะความเจริญทางด้าน

¹ พย.ม. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

² พย.ม. อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

การคมนาคมสะดวกและการติดต่อสื่อสารรวดเร็ว มีการเดินทางระหว่างกันของคนบนโลกนี้มากขึ้นและสะดวกขึ้น ทั้งเพื่อการประกอบอาชีพ การประกอบธุรกิจ การศึกษาต่อ เพื่อการท่องเที่ยว และอื่นๆ สังคมจึงเปลี่ยนแปลงไปจากสังคมเดิม กลายเป็นสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม สังคมไทยก็เช่นเดียวกันทั้งนี้ เนื่องจากประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการลงทุน เป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญแห่งหนึ่งของโลก และเป็นศูนย์กลางการแพทย์ของเอเชีย (Medical Hub of Asia) ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมที่ประกอบด้วยผู้คนที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันมากขึ้น

ในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมจึงมีความสำคัญเพิ่มขึ้น และเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต พยาบาลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพ โดยการให้บริการนั้นจะต้องตอบสนองต่อความต้องการและคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ใช้บริการ รวมทั้งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของสังคม โดยเฉพาะในปัจจุบันที่เป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ซึ่งมีกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น จึงคาดการณ์ได้ว่าจะมีผู้ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นเช่นกัน การปฏิบัติการพยาบาลท่ามกลางความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม อันเป็นความสามารถของบุคคลที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่ตอบสนองต่อความเชื่อ ทัศนคติ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลที่อยู่ในความดูแล ดังนั้นพยาบาลที่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมจึงสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ ช่วยลดความขัดแย้งและความไม่เท่าเทียมกันของการให้บริการ ทั้งนี้การส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมนั้น ควรเริ่มตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลและพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนสำเร็จเป็นพยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural competence) ได้ ถูกกำหนดไว้เป็นคุณลักษณะ

ประการหนึ่งของบัณฑิตใน ศตวรรษ ที่ 21 สอดคล้องกับสภาการพยาบาลที่กำหนดว่า บัณฑิตพยาบาลควรมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมและมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยควรมีการพัฒนาพยาบาลให้มี ความไวต่อการแสดงออกทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ¹

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพและอนามัยของประชาชน หากพยาบาลไม่มีความตระหนักและความรู้เรื่องวัฒนธรรมของผู้รับบริการ อาจทำให้เกิดปัญหาความเข้าใจผิดหรือความขัดแย้งด้านความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การฟื้นฟูหายจากโรคและสุขภาพของผู้รับบริการ² พยาบาลจึงต้องพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สามารถปฏิบัติงานในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้ได้ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural competence) ที่ดีพอ ทั้งนี้ Campinha-Bacote เสนอความหมายของสมรรถนะ ทางวัฒนธรรมว่าเป็น ผู้ที่เรียนรู้พัฒนาตนเองในการให้บริการ บุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ โดยเป็นบุคคลที่ตระหนักถึงทางวัฒนธรรม (Cultural awareness) มีความรู้ เกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural knowledge) มีทักษะทาง วัฒนธรรม (Cultural skill) มีความสามารถในการมี ปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมกับผู้รับบริการสุขภาพที่มีความ แตกต่างทางวัฒนธรรม (Cultural interaction) และความต้องการมีสมรรถนะทาง วัฒนธรรม (cultural desired) (Campinha-Bacote, 2002)³ ในการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการจัดการศึกษา พยาบาลจึงควรบูรณาการหลักการเกี่ยวกับเรื่องสมรรถนะทางวัฒนธรรมไว้เป็นส่วนหนึ่งในหลักสูตร โดยกำหนดให้แต่ละชั้นปีมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หรือควรสอนเป็นรายวิชาในหลักสูตร

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564) ซึ่งมีปรัชญาของ

หลักสูตรที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และตอบสนองผู้รับบริการในสังคมพหุวัฒนธรรมอย่างเท่าทันพลวัตของโลก ซึ่งให้ความสำคัญกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมซึ่งหลักสูตรดังกล่าวได้ดำเนินการจัดการเรียนสอนมาครบ 3 ปี แล้วแต่ยังไม่ได้มีการดำเนินการประเมินผลของการจัดการเรียนการสอนตามปรัชญาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ทั้งนี้เพื่อประเมินและนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการประเมินการจัดการเรียนการสอนและเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาหลักสูตรของวิทยาลัยให้บรรลุตามปรัชญาของหลักสูตรต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีที่ 2

- 4

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาระดับของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล และเปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีที่ 2 - 4 ปีการศึกษา 2566 โดยทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จำนวน 523 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยเป็นนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จำนวน 523 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้ตารางของ Krejcie & Morgan⁴ จากการประเมิน พบว่าต้องใช้ กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 222 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาแต่ละชั้นปี โดยใช้สูตร Optimum Sample Size และสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามการศึกษาเรื่อง “สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม” แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 2 ตอนรวม 34 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปี ศาสนา ภูมิลำเนา ภาษาที่ใช้ได้รองจากภาษาไทย ภาษาถิ่นที่ใช้ประจำ กลุ่มผู้รับบริการ และศาสนาของผู้รับบริการ

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้านคือ 1) การเข้าใจความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 4 ข้อ 2) การเคารพความเป็นบุคคล จำนวน 8 ข้อ 3) การให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม จำนวน 9 ข้อ 4) การมีความไวต่อการแสดงออกทางวัฒนธรรม จำนวน 3 ข้อ และ 5) การมีความสามารถในการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับจากคะแนน 1- 5 โดยมีเกณฑ์การประเมินการจัดระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาจะแบ่งได้เป็น 3 ระดับ⁵ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง โดยให้คะแนนความเหมาะสมของข้อคำถามและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำคะแนนมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้เท่ากับ 1 ทำการทดสอบค่าความ

เชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.982

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) และวิเคราะห์ Post Hoc ด้วย LSD

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ใบรับรองจริยธรรม คือ HE 11967

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 211 คน (ร้อยละ 95.0) อายุส่วนใหญ่ 21 ปี จำนวน 90 คน (ร้อยละ 40.5) รองลงมา 22 ปี จำนวน 57 คน (ร้อยละ 25.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 21.55 ปี ($SD=1.271$) เป็นนักศึกษาชั้นปี 2 และชั้นปี 3 จำนวนชั้นปีละ 76 คนรวมเป็น 152 คน (ร้อยละ 68.5) ชั้นปีที่ 4 จำนวน 70 คน (ร้อยละ 31.5) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 216 คน (ร้อยละ 97.3) รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.8) ภูมิลำเนาของนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 210 คน (ร้อยละ 94.6)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ระดับชั้นปีที่ต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way analysis of variance) และวิเคราะห์ Post Hoc ด้วย LSD

ระดับชั้นปี		ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
	Mean	4.154	4.367	4.474
ชั้นปีที่ 2	4.154	-	-	-.32016*
ชั้นปีที่ 3	4.367	-	-	-
ชั้นปีที่ 4	4.474	.32016*	-	-

ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยค่าความแตกต่างกำลังสองน้อยที่สุด (Least square difference: LSD)

รองลงมาอยู่ภาคเหนือจำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.7) ภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยที่สามารถสื่อสารได้ ส่วนใหญ่ใช้ภาษาลาวได้ จำนวน 154 คน (ร้อยละ 69.4) รองลงมาเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 45 คน (ร้อยละ 20.3) ภาษาท้องถิ่นที่ใช้สื่อสารเป็นประจำกับผู้รับบริการส่วนใหญ่ใช้ภาษาอีสาน จำนวน 194 คน (ร้อยละ 87.4) รองลงมาเป็นภาษาไทยกลาง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 6.8) ผู้รับบริการที่นักศึกษาเคยให้การพยาบาลทั้งหมดเป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 219 คน (ร้อยละ 98.6)

2. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม พบว่า นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มีระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.33$, $SD=.783$) และรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับมาก โดยเรียงตามลำดับดังนี้ ด้านการมีความไวต่อการแสดงออกทางวัฒนธรรม ($\bar{X}=4.41$, $SD=.853$) ด้านการมีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ($\bar{X}=4.39$, $SD=.814$) ด้านการเคารพความเป็นบุคคล ($\bar{X}=4.35$, $SD=.838$) ด้านการเข้าใจความต่างทางวัฒนธรรม ($\bar{X}=4.26$, $SD=.792$) และและด้านที่น้อยสุดคือ ด้านการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ($\bar{X}=4.22$, $SD=.834$)

3. การวิเคราะห์ความแตกต่างด้านสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ชั้นปีต่างกันมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมแตกต่างกัน

จากตาราง ที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาระหว่างชั้นปีที่ 2 - 4 พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสมรรถนะทางวัฒนธรรมระหว่างนักศึกษาชั้นปีที่ 2 กับชั้นปีที่ 3 และสมรรถนะทางวัฒนธรรมระหว่างนักศึกษาชั้นปีที่ 3 กับชั้นปีที่ 4 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม พบว่า นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มีระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับมาก โดยเรียงตามลำดับดังนี้ ด้านการมีความไวต่อการแสดงออกทางวัฒนธรรม ด้านการมีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ด้านการเคารพความเป็นบุคคล ด้านการเข้าใจความต่างทางวัฒนธรรม และและด้านที่น้อยสุดคือ ด้านการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของเยาวดี สุวรรณาคะและคณะ⁶ ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวัฒนธรรมสำหรับอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่พบว่า ในระยะประเมินผลการพัฒนานักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 และ 4 มีการรับรู้สมรรถนะทางวัฒนธรรมทุกด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน การศึกษาของ Ličen and Prosen⁷ ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถทางวัฒนธรรมในนักศึกษาพยาบาลและความสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานในอนาคต: การศึกษานำร่อง ในประเทศสโลเวเนียที่พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนรายด้านเรียงตามลำดับคือด้านทักษะทางวัฒนธรรม ความตระหนักทางวัฒนธรรม ด้านความรู้ทางวัฒนธรรมและด้านความไวต่อวัฒนธรรมและการศึกษาของนราตรี อภิชัยเจริญ⁸ ที่ศึกษาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลกรุงเทพ ภาคตะวันออก พบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพภาคตะวันออก มีระดับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทั้งโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทั้งนี้อาจเนื่องจากการวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน พยาบาลวิชาชีพผู้ที่จะที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนี้อาจได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการให้การดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมก่อนที่จะมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมมากขึ้นกว่าพยาบาลทั่วไป

แต่แตกต่างจากการวิจัยของ ฮานีพะย เจ๊ะอาลี และเจ๊ะยาริเยาะ เจ๊ะโซ๊ะ⁹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากการการวิจัยของ ฮานีพะย เจ๊ะอาลีและเจ๊ะยาริเยาะ เจ๊ะโซ๊ะ ดำเนินการวิจัยในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 – 3 ซึ่งยังมีประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่1 ที่เริ่มเรียนในรายวิชาทั่วไปและวิชาพื้นฐานทำให้ความเข้าใจในสมรรถนะทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจึงมีน้อยเมื่อเทียบกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่สูงกว่า การศึกษาของรุ่งนภา จันทราและคณะ¹⁰ ที่ศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลทั้งโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งดำเนินการวิจัยในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 แต่ผลการศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาก็น่าจะแตกต่างกันทั้งนี้อาจเนื่องจากหลักสูตรที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกันมีรายวิชาที่สอนและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมแตกต่างกันจึงทำให้นักศึกษามีสมรรถนะทางวัฒนธรรมแตกต่างกันด้วย

และการวิจัยของมยุรี ลีกำเนิดไทย และอารี ชิวเกษมสุข¹¹ ที่ศึกษาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลปทุมธานีที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านความรู้ทางวัฒนธรรมที่อยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลรวมทั้งพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานแล้วก่อนหน้านี้พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับนี้และบางด้านที่อยู่ในระดับปานกลางอาจจะสะท้อนให้เห็นถึงการจัดการเรียนการสอนพยาบาลที่ผ่านมายังให้ความสำคัญของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมหรือสมรรถนะทางวัฒนธรรมยังไม่มากพอที่จะเพิ่มสมรรถนะทางวัฒนธรรมให้กับนักศึกษาพยาบาลได้มากถึงขั้นสูงสุดได้

เปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาระหว่างชั้นปีที่ 2 -4 พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสมรรถนะทางวัฒนธรรมระหว่างนักศึกษาชั้นปีที่ 2 กับชั้นปีที่ 3 และสมรรถนะทางวัฒนธรรมระหว่างนักศึกษาชั้นปีที่ 3 กับชั้นปีที่ 4 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของเยาวดี สุวรรณาคะและคณะ⁶ ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวัฒนธรรมสำหรับอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะทาง

วัฒนธรรมทุกด้านของนักศึกษาที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงสุดรองลงมาเป็นชั้นปีที่ 3 และ 2 ตามลำดับโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($F=19.300, P<.000, df =2.258$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยควรมีการให้อาจารย์พยาบาลเน้นย้ำ กระตุ้นให้นักศึกษาให้ความสำคัญกับการให้บริการที่สมรรถนะทางวัฒนธรรมที่มีคะแนนน้อยได้แก่ การให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และการเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการให้มากขึ้น

2. ควรจัดกิจกรรมเพิ่มสมรรถนะทางวัฒนธรรมทั้งกิจกรรมในหลักสูตรและนอกหลักสูตรให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลโดยการประเมินของอาจารย์พยาบาล

2. ควรทำวิจัยปฏิบัติการเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่มีการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในทุกชั้นปี

3. การศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลของรัฐบาล

เอกสารอ้างอิง

- 1.เลขาธิการสภาการพยาบาล, สำนักงาน. (2561). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรการอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์. ค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2567 จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>
- 2.Giger, J.N. & Davidhizar, R. (2002). The Giger andDavidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*.13(3) : 185-188.
- 3.Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- 4.Krejcie, R.V.,& Morgan D.W.(1970). Determination sample size for research activities. *Education and Psychology Measurement*. 30(3) 607-610.
5. Best, John W. 1977. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.

- 6.เยาวดี สุวรรณาคะ, บุญสืบ โสโสมและกนกอร ชาวเวียง. (2557). รูปแบบการพัฒนาเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวัฒนธรรมสำหรับอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 34(4) กันยายน- ธันวาคม: 162-171.
- 7.Ličen S, Prosen M. The development of cultural competences in nursing students and their significance in shaping the future work environment: a pilot study. BMC Med Educ. 2023 Nov 1;23(1):819. doi: 10.1186/s12909-023-04800-5. PMID: 37915004; PMCID: PMC10621240.
- 8.นราตรี อภิชัยเจริญ. (2561). สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพ ภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 9.ธานีพะย เจ๊ะอาลีและเจ๊ะยารีเยาะ เจ๊ะเซ๊ะ.(2562). สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 30(2) พฤษภาคม- สิงหาคม: 148-154.
- 10.รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลป์กะ, อติญาณ ศรีเกษตริน, ดาราวรรณ ร่องเมืองและรศยานภิศ รัชตะวรรณ. (2563). สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารกระทรวงสาธารณสุข 30(1) มกราคม-เมษายน: 35-46.
- 11.มยุรี ลีกำเนิดไทย และอารี ชิวเกษมสุข.(2558). สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 9(2) กรกฎาคม-ธันวาคม: 32- 38.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีโรคเบาหวานร่วม
ที่มารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอก

Nursing Care for A Glaucoma Patient with High Intraocular Pressure and Comorbid Diabetes Mellitus Attending An Outpatient Examination.

(Received: June 9,2024 ; Revised: June 22,2024 ; Accepted: June 23,2024)

จิตาจารย์ รุกขชาติ¹Thitaree Rukkhachat¹

บทคัดย่อ

การศึกษาระณีนี้นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีภาวะความดันลูกตาสูงและมีโรคเบาหวานร่วมที่มารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอก เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีภาวะความดันลูกตาสูงและมีโรคเบาหวานร่วมที่มารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอก โดยศึกษาจากเวชระเบียนระบบ HOSXP ข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ การตรวจและการรักษาของจักษุแพทย์ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ความดันลูกตาลดลง ไม่เกิดภาวะตาบอด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม โดยการติดตามนัดทั้งหมด 7 ครั้ง รวมระยะเวลาในการดูแล 11 เดือน 20 วัน

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อหินจากการมาคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา ซึ่งถือเป็นผู้ป่วยต้อหินรายใหม่ที่ได้รับ การรักษาด้วยการให้ยาหยอดลดความดันลูกตา (anti-glaucoma drug) เพื่อการตอบสนองต่อยาและติดตามความดันลูกตา ดังนั้นพยาบาลผู้ป่วยนอกจึงควรมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยต้อหินรายใหม่ที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ในการให้คำแนะนำเสริมแรงการปรับพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยและญาติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคได้อย่างปลอดภัยจากภาวะตาบอดได้

คำสำคัญ : โรคต่อหีน, ความดันลูกตาสูง, โรคเบาหวาน

Abstract

The objective of this case study was to investigate nursing practice guidelines for a patient with glaucoma with high intraocular pressure and comorbid diabetes who came for an outpatient examination. The sample for the case study was selected by purposive sampling among glaucoma patients with high intraocular pressure and comorbid diabetes who came for an outpatient examination. The researcher systematically collected data from medical records in the HOSxP system and information obtained from asking the patient and relatives, as well as from various other sources such as examination and treatment of ophthalmologists. The patient was able to cooperate with treatment, use drugs effectively, keep up with ongoing doctor's visits by appointment, and decrease intraocular pressure without blindness and complications from the comorbidity by following up with all 7 visits for a duration of 11 months and 20 days.

This patient had been diagnosed with glaucoma as a result of diabetic retinopathy screening. Thus, the patient was considered a new glaucoma patient who started treatment with intraocular pressure drops (anti-glaucoma drug) to observe the response to medication and monitor intraocular pressure. Therefore, ophthalmic outpatient nurses play an important role in providing nursing care, especially for new glaucoma patients with diabetes mellitus, by providing reinforcing advice, behavioral adjustments, and participating in the care of patients and relatives, all of which can result in patients living safely from blindness.

Keywords: glaucoma, high intraocular pressure, diabetes mellitus

¹ โรงพยาบาลอ่างทอง

บทนำ

โรคต้อหิน (Glaucoma) เป็นโรคทางดวงตาที่มีสาเหตุหลักจากระดับความดันลูกตาสูง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของขั้วประสาทตา ลานสายตาและการมองเห็น เป็นโรคทางตาที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงจนเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียการมองเห็นจนถึงตาบอดถาวร องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจะมีประชากรตาบอดทั่วโลก 37 ล้านคนใน ปี พ.ศ. 2563 และพบต้อหินเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดตาบอดมากถึงร้อยละ 10 ของคนที่ตาบอดทั่วโลกซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น¹ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ความชุกของโรคต้อหินประมาณร้อยละ 2.5-3.8 ของจำนวนประชากรหรือประมาณ 1.7-2.4 ล้านคน โดยร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคทางตามีการสูญเสียการมองเห็นแล้วจากโรคต้อหิน² นอกจากนี้แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคต้อหินนั้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป³ จึงนับได้ว่าต้อหินเป็นความผิดปกติทางสายตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โรคต้อหินสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิดตามสาเหตุการเกิดโรคได้แก่ ต้อหินโดยกำเนิด ต้อหินชนิดปฐมภูมิและต้อหินทุติยภูมิ ซึ่งแต่ละชนิดมีแนวทางการรักษาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรค⁴

จากสถิติผู้ป่วยโรคต้อหิน งานคลินิกตา กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอ่างทอง มีผู้ป่วยต้อหินในปี 2564, 2565, 2566 จำนวน 1,165, 1,342 และ 1,486 รายตามลำดับ (ข้อมูลศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลอ่างทอง 2566) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นต้อหินในปี 2564, 2565, 2566 จำนวน 185, 237, 318 รายตามลำดับ⁵ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคต้อหินมักพบในผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าคนทั่วไปและเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสูญเสียการมองเห็น ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งจะส่งผล

กระทบต่อภาพรวมทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวไปจนถึงระบบสาธารณสุขของประเทศได้ โรคต้อหินเป็นโรคที่ไม่สามารถหายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดยการติดตามการรักษาและใช้ยาหยอดตาอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ โดยโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเป็นโรคต้อหินสูงกว่าคนปกติและมีโอกาสเกิดต้อหินที่รุนแรงตามมาจนทำให้ตาบอดได้

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะตาบอดในระยะที่เริ่มตรวจเจอครั้งแรกจึงเป็นสิ่งจำเป็น หากได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ก็จะลดความเสี่ยงในการตาบอดถาวรลงได้ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ป่วยนอก ปฏิบัติงานคลินิกตา กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาล จึงเล็งเห็นความสำคัญและสนใจศึกษากรณีศึกษาเชิงลึกโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁶ กับแนวคิดกระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม (Holistic patient care) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอกได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับปัญหา ปรากฏจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันลูกตาสูงและมีโรคเบาหวานร่วมและให้ผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีภาวะความดันลูกตาสูงและมีโรคเบาหวานร่วมที่มารับการตรวจแบบผู้ป่วยนอก

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลและเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีภาวะความดันลูกตาสูงและเบาหวานร่วมซึ่งเป็นกรณีที่ซับซ้อนและอาจทำให้ตาบอดได้ง่าย

2. ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อทำการศึกษารวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย นำไปสู่การวินิจฉัยวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผล เพื่อตอบสนองความต้องการ

3. รวบรวมข้อมูลรายละเอียดประวัติ อาการสำคัญ การเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต การแพ้ยาแบบแผนชีวิต ชักถามเพิ่มเติมและนัดติดตามอาการ

4. ค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยกรณีนี้

5. ปรีกษาแพทย์เกี่ยวกับการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษและแผนการรักษา

6. วิเคราะห์ปัญหาและประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเริ่ม ร่วมกับกระบวนการพยาบาล ให้การวินิจฉัยวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลตามความต้องการผู้ป่วย จัดทำรายงานกรณีศึกษา

7. นำเสนอผลงานให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแก้ไข และจัดพิมพ์เผยแพร่

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างสันทัด อายุ 74 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หม้าย ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพค้าขาย

อาการสำคัญ มีอาการตาพร่ามัว 2 ข้างมา 2 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการตาพร่ามัว 2 ข้าง มาตรวจที่งานคลินิกตา โรงพยาบาลอ่างทอง เพื่อคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาประจำปี พบเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับ Moderate Non - Proliferative Diabetic Retinopathy (Moderate NPDR) เคยได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม (Phacoemulsification with IOL) แล้วทั้ง 2 ข้าง

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการตาพร่ามัว 2 ข้าง จึงมาเข้ารับการรักษาดูแลคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรค

ประจำตัว ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 รักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองอย่างต่อเนื่อง ไม่เคยได้รับบาดเจ็บร้ายแรงใด ๆ มาก่อน ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการดื่มสุราและไม่เคยสูบบุหรี่ ปฏิเสธประวัติโรคทางตาในครอบครัว และประวัติอุบัติเหตุทางดวงตา ยาที่ได้รับประทานเป็นประจำคือ

1. Metformin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น
2. Glipizide 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า

แรกรับที่งานคลินิกตา ผู้ป่วยมีความดันโลหิต 158/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ปริมาณออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 99 % ระดับสายตาข้างขวา 6/24-1 เมตร ข้างซ้าย 6/18 +2 เมตร ความดันลูกตาข้างขวา 18 มิลลิเมตรปรอท ข้างซ้าย 37 มิลลิเมตรปรอท จากการติดตามวัดระดับสายตา วัดความดันลูกตา การตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามนัด ตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2566 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 พบว่าในช่วงแรกของการวินิจฉัย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหยอดตาไม่ตรงเวลา ไม่สม่ำเสมอ และไม่ตรงกับแผนการรักษา มีพฤติกรรมชอบดื่มเนสคาแฟแบบกระป๋องและหรือนมไอวอลตินแบบกล่องช่วงเช้าเป็นประจำ ประกอบกับผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และยังควบคุมได้ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ป่วยให้ประวัติว่ารับประทาน Metformin 1 เม็ดหลังอาหารเช้าเวลาเดียวมาตลอด ไม่ชอบรับประทานยาเยอะ วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2566 ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 184 mg/dL, HBA1c 8.30 %, วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ระดับน้ำตาล ในเลือด (FBS) 128 mg/dL

1. ระดับสายตา (Visual acuity test)

ตารางที่ 1 ระดับสายตา (Visual acuity test)

วัน เดือน ปี	ระดับสายตา		ค่าปกติ (เมตร)	แปลผล
	ตาขวา	ตาซ้าย		
5 เมษายน พ.ศ. 2566	6/24-1	6/18+2	6/6	ตาขวา ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 24-1 เมตร)
7 มิถุนายน พ.ศ. 2566	6/12	6/12	6/6	ตาซ้าย ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 18+2 เมตร)
22 มิถุนายน พ.ศ. 2566	6/36	6/12	6/6	ตาขวา ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 12 เมตร) ตาซ้าย ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 12 เมตร)
7 กรกฎาคม พ.ศ. 2566	6/24	6/18-1	6/6	ตาขวา ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 36 เมตร) ตาซ้าย ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 12 เมตร)
27 กรกฎาคม พ.ศ. 2566	6/24+2	6/24+2	6/6	ตาขวา ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 24 เมตร) ตาซ้าย ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 18-1 เมตร)
13 กันยายน พ.ศ. 2566	6/24-2	6/12	6/6	ตาขวา ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 24+2 เมตร) ตาซ้าย ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 24+2 เมตร)
28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567	6/24	6/12	6/6	ตาขวา ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 24-1 เมตร) ตาซ้าย ผิดปกติ (ผู้ป่วยเห็นที่ระยะ 6 เมตร ในขณะที่คนปกติเห็นที่ระยะ 12 เมตร)
การวิเคราะห์การมองเห็นลดลงและไม่คงที่ในช่วงแรก เนื่องจากความดันลูกตาสูงและมีการสูญเสียลานสายตาและเริ่มคงที่ หลังได้ยาลดความดันลูกตาในช่วงท้ายของการติดตามนัด				

2. ความดันลูกตา (Intraocular pressure)

ตารางที่ 2 ความดันลูกตา (Intraocular pressure)

วัน เดือน ปี	ความดันในลูกตา		ค่าปกติ (มิลลิเมตรปรอท)	แปลผล
	ตาขวา	ตาซ้าย		
5 เมษายน พ.ศ. 2566	18	37	ไม่เกิน 21	ตาขวาปกติ, ตาซ้ายสูง
7 มิถุนายน พ.ศ. 2566	30.8	45.5	ไม่เกิน 21	สูงทั้ง 2 ข้าง
22 มิถุนายน พ.ศ. 2566	49.6	46.9	ไม่เกิน 21	สูงทั้ง 2 ข้าง
7 กรกฎาคม พ.ศ. 2566	16.8	16.8	ไม่เกิน 21	ปกติทั้ง 2 ข้าง
27 กรกฎาคม พ.ศ. 2566	17.3	27.2	ไม่เกิน 21	ตาขวาปกติ, ตาซ้ายสูง
13 กันยายน พ.ศ. 2566	13	17	ไม่เกิน 21	ปกติทั้ง 2 ข้าง
28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567	13	20.6	ไม่เกิน 21	ปกติทั้ง 2 ข้าง

การวิเคราะห์ผล ค่าความดันลูกตาสูงติดต่อกันในช่วงแรก จากการที่ผู้ป่วยหยอดตาไม่ตรงตาม แผนการรักษา มีพฤติกรรมที่ส่งผลให้ความดันลูกตาสูง หลังจากเพิ่มยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ความดันลูกตาลดลง

3. วัดสายตาโดยใช้คอมพิวเตอร์ (Auto Refraction) วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2566 Oculus Dexter +1.25-2.25*85 (ตาขวา มีค่าสายตาวาว 1.25 ไดออปเตอร์_ค่าเอียงลบ 2.25 ไดออปเตอร์ที่ 85 องศา) Oculus Sinister +1.00-2.25*116 (ตาซ้าย มีค่าสายตาวาว 1.00 ไดออปเตอร์ ค่าเอียงลบ 2.25 ไดออปเตอร์ที่ 116 องศา)

4. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ชนิดพิเศษ (Slit lamp) Cup : Disc (C:D) Cup : Disc (C:D) RE 0.4-0.5, LE 0.4-0.7 พบขี้วาระสาทตา 2 ข้าง ผิดปกติมีขนาดเพิ่มขึ้น (ในคนปกติ Cup : Disc ratio อยู่ในช่วง 0.1- 0.4) (11)

5. การตรวจลานสายตาด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ Computerized visual field (CTVF) วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 พบมีการสูญเสียลานสายตาทั้ง 2 ข้าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนแพทย์ตรวจ 1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบ่นเบื่อหน่าย มีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น 2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ากังวลไม่สดชื่น 3. ผู้ป่วยกลัวว่าจะปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ไม่ถูกต้อง 4. คะแนนประเมินความเครียด ST 5 ได้ 9 คะแนน วัตถุประสงค์ คลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวเรื่องความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น บอกว่าหายเครียดหรือหายวิตกกังวล 2. ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลมีสีหน้าสดชื่นขึ้น 3. คะแนนประเมินความเครียด ST 5 น้อยกว่า 4 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นมิตร 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นในการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลเพื่อคลายความกังวล 3. เปิดโอกาสให้เวลาผู้ป่วยและญาติในการซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย ระบายความรู้สึกต่าง ๆ และอธิบายในข้อข้องใจเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัว 4. ให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ตามความเป็นจริง 5. สนับสนุนให้กำลังใจ เสริมพลังบวก ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ 6. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง ทำสมาธิ กำหนดลมหายใจ หรือให้ผู้ป่วยได้รู้จัก พูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสบายใจขึ้น เริ่มปรับตัวเรื่องความเจ็บป่วยได้ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น สีหน้าวิตกกังวลลดลง คะแนนประเมินความเครียด ST 5 ลดลงได้ 2 คะแนน สัญญาณชีพความดันโลหิต 158/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส
ระยะขณะแพทย์ตรวจ 2. เสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นเนื่องจากมีภาวะความดันลูกตาสูง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบ่นตาข้างขวาพร่ามัวลง 2. ระดับสายตาข้างขวาแย่ง จากเดิม 6/12 เมตร เป็น 6/36 เมตร 3. ระดับความดันลูกตาข้างขวาสูงขึ้นจากเดิม 30.8 มิลลิเมตรปรอทเป็น 49.6 มิลลิเมตรปรอท ตาซ้ายจากเดิม 45.5 มิลลิเมตรปรอทเป็น 46.9 มิลลิเมตรปรอท 4. ผลตรวจ Computerized visual field (CTVF) มีการสูญเสียลานสายตาทั้ง 2 ข้าง วัตถุประสงค์ เพื่อลดระดับความดันลูกตา ไม่ให้เปลี่ยนแปลงสูงขึ้น การประเมินผล ระดับความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิน 21 มิลลิเมตรปรอท	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลเตรียมผู้ป่วยเพื่อยิงเลเซอร์ LPI BE ตามแผนการรักษาต่อหินมุมปิดเสียบบลันของแพทย์ โดยอธิบายให้เข้าใจว่าเป็นการเจาะรูที่ม่านตาเพื่อระบายน้ำเอควีส หลังยิงเลเซอร์อาจมีอาการตาแดง ปวดตา ให้นอนพัก รับประทานยาแก้ปวด แล้วหยอด 2% Pilocarpine และ 0.5% Tetracaine ก่อนยิงเลเซอร์ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Timolol หยอดตาทั้งสองข้างตามแผน หลังหยอดไม่มีอาการข้างเคียง 3. แนะนำให้เห็นความสำคัญของการหยอดตาเพื่อควบคุมความดันลูกตา แม้ไม่มีอาการปวด เนื่องจากโรคยังดำเนินต่อเนื่อง 4. แนะนำถึงผลเสียของการไม่หยอดตา หยอดไม่สม่ำเสมอ ไม่ถูกวิธี จะทำให้ความดันลูกตาสูง ขั้วประสาทตาถูกทำลาย สูญเสียการมองเห็นและตาบอดได้ 5. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความรุนแรงและผลของโรคที่ก่อให้เกิดความพิการ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ให้ความร่วมมือในการรักษาโรคเรื้อรังนี้ด้วยยาตลอดชีวิต 6. ให้กำลังใจ เสริมแรงใจ บริการด้วยความเต็มใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและมาตรวจตามนัด การประเมินผล ผู้ป่วยไม่บ่นตามัวลง ระดับสายตาข้างขวาดีขึ้นจาก 6/36 เมตรเป็น 6/24 เมตร ควบคุมความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ 17.3 มิลลิเมตรปรอททั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพความดันโลหิต 135/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส
3. ความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกตามัวโดยรอบหรือมองเห็นเฉพาะตรงกลาง 2. ระดับสายตาข้างขวา 6/24 เมตร ข้างซ้าย 6/18-1 เมตร 3. ผลตรวจ Computerized visual field (CTVF) มีการสูญเสียลานสายตาทั้ง 2 ข้าง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ญาติช่วยประคองผู้ป่วยเวลาผู้ป่วยเดินอยู่กับผู้ป่วยทุกครั้งทั้งก่อนตรวจขณะตรวจ และหลังตรวจ 2. จัดสิ่งแวดล้อม แก้อั้วให้ผู้ป่วยนั่ง โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง 3. แนะนำผู้ป่วยให้มองรอบ ๆ ตัวก่อนเดินเพื่อให้เห็นสิ่งแวดล้อมโดยรอบ 4. แนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม การประเมินผล ไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม และผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บ ไม่มีแผลรอยฟกช้ำตามร่างกาย	5. แนะนำญาติจัดสภาพบ้านที่อยู่อาศัยทั้งในและนอกบริเวณบ้านให้เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ จัดบ้านให้โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน ไม่มีของเกะกะตามพื้น เป็นต้น การประเมินผล 1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม 2. ผู้ป่วยไม่มีแผลฟกช้ำตามร่างกาย
4. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดในสมอง เส้นเลือดหัวใจตีบ และเส้นเลือดที่จอประสาทตาอุดตัน เนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองจากภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร่วม ข้อมูลสนับสนุน 1. ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสเค็ม ใส่เครื่องปรุงทุกครั้งที่รับประทานอาหาร 2. ชอบรับประทานอาหารทอด อาหารมัน ๆ 3. ผู้ป่วยบ่นเวียนศีรษะ 4. ผู้ป่วยมีความดันโลหิต 174/86 มิลลิเมตรปรอท 5. ผู้ป่วยมีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง คือ เบาหวาน และมีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระดับ Moderate Non - Proliferative Diabetic Retinopathy (Moderate NPDR) 6. ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด 184 mg/dL วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนโรคเส้นเลือดในสมอง เส้นเลือดหัวใจตีบและเส้นเลือดที่จอประสาทตาอุดตัน การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท 2. ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่องตามนัด 3. ผู้ป่วยไม่บ่นเวียนศีรษะ 4. ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 125 mg/dL	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่เป็นกันเอง แสดงท่าทีให้เกิดความไว้วางใจ 2. แนะนำให้ความรู้ถึงสาเหตุของโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และต้อหิน 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และตระหนักในการแก้ไขสุขภาพของตนเอง 4. แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด อาหารมัน ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ 5. สร้างแรงจูงใจและความมั่นใจ โดยยกตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบความสำเร็จ ชมเชยให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติได้ 6. แนะนำให้รับประทานยาควบคุมโรคประจำตัวและหยุดยาต้อหินตามแผนการรักษา 7. แนะนำให้สังเกตอาการที่ควรรีบพบแพทย์ เช่น ตามัว มองไม่เห็น ภาพซ้อน ลานสายตาคิดปกติ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะรุนแรง ทรงตัวผิดปกติ พูดไม่ชัด พูดลำบาก ชาหรืออ่อนแรงของแขนขา หรือใบหน้าเบี้ยว ให้รีบพบแพทย์ การประเมินผล ผู้ป่วยไม่บ่นเวียนศีรษะ ความดันโลหิต 138/73 มิลลิเมตรปรอท อยู่ในเกณฑ์ปกติ มาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเป็น 126 mg/dL
ระยะหลังแพทย์ตรวจ 5. ความไม่สุขสบายมีอาการปวดตาหลังได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการตาแดง ปวดตา ปวดท้ายทอย หลังจากแพทย์รักษาด้วยเลเซอร์ 2. คะแนนความปวด (pain score) เท่ากับ 6 คะแนน วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีอาการตาแดง ปวดตา หลังจากแพทย์รักษาด้วยเลเซอร์ การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่บ่นปวดตา	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินกลุ่มอาการความดันลูกตาสูง เช่น ปวดตา ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อบรรเทาอาการและรายงานแพทย์ 2. วัดและประเมินระยะการมองเห็นของตาที่ได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ด้วยอุปกรณ์ที่สะอาดปราศจากเชื้อ 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาหลายอย่างในวันเดียว ซึ่งจำเป็นต้องรีบรักษาเพื่อป้องกันการสูญเสียสายตาวางถาวร 4. ประเมินความเจ็บปวดด้วย Numerical Rating Scale 0-10 คะแนน ถ้ามากกว่า 5 คะแนน ต้องได้รับยาแก้ปวด 5. ประเมินอาการปวดตาจากค่าความดันลูกตา (IOP) หากสูงเกินปกติให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา แนะนำให้หยอด 0.5% Timolol ตาม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ระดับความดันลูกตา (IOP) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิน 21 มิลลิเมตรปรอท 3. ความเจ็บปวด Pain Score $\leq$ 3 คะแนน	แพทย์สั่งเพื่อลดความดันตา หลีกเลียงสิ่งกระตุ้น พักผ่อนให้เพียงพอ ลดการใช้สายตาดูหน้าจอ ดูแอลอย่างใกล้ชิดด้วยความเป็นมิตร การประเมินผล ผู้ป่วยไม่บ่นปวดตา แต่ตึงตาเล็กน้อย สีหน้าแจ่มใส Pain Score = 3 ค่า IOP ยังสูงกว่าปกติ แจ้งแพทย์รับทราบ แพทย์อธิบายอาการ ไม่มีคำสั่งรักษาเพิ่ม
6. ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการหยอดยาต้อหิน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกไม่ได้หยอดยาต้อหิน Timolol เข้าวันที่มาตรวจ 2. ผู้ป่วยและญาติบอกไม่เข้าใจคำสั่งการหยอดยาต้อหิน 3. ความดันลูกตาส่ง ข้างขวา 49.6 ตาซ้าย 46.9 มิลลิเมตรปรอท วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการหยอดยาต้อหิน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันลูกตาได้ การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติหยอดยาต้อหินได้ถูกต้องตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง 2. ระดับความดันลูกตายุในเกณฑ์ที่กำหนด (ความดันลูกตาค่าปกติไม่เกิน 21 มิลลิเมตรปรอท)	กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความจำเป็นและความสำคัญของการหยอดตาในการรักษาต้อหิน เนื่องจากช่วยควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในภาวะปกติ รวมถึงการใช้และหยอดยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง แม้กระทั่งวันที่มาตรวจตามนัด 2. สอนวิธีการหยอดตาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยรวบรวมจากคำแนะนำขององค์กรต่างๆ และงานวิจัย ดังนี้ 2.1 ทำความสะอาดมือและดวงตาด้วยผ้าหรือสำลีสะอาด 2.2 เปิดฝาครอบขวดยา วางบนที่สะอาด โดยไม่สัมผัสด้านในฝา 2.3 นอนหรือนั่งเงยหน้า ลืมตามองขึ้นเพดาน 2.4 จับขวดยาเหมือนจับปากกา ใช้มืออีกข้างดึงเปลือกตาล่างลง 2.5 วางมือถือขวดบนมือดึงเปลือกตา เพื่อกำหนดตำแหน่งหยอด 2.6 หยอดยาหนึ่งหยดในเปลือกตาล่าง ระวังอย่าให้ปลายหลอดสัมผัสผิ 2.7 ปลอมือ อย่ากระพริบตาสักครู่ หรืออาจหลับตาเบาๆ 2.8 ปิดฝาขวดให้สนิท การประเมินผล 1. ผู้ป่วยบอกวิธีการหยอดตาได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยควบคุมความดันลูกตายุในเกณฑ์ปกติ ได้ 17.3 มิลลิเมตรปรอททั้ง 2 ข้าง
7. ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคต้อหินและโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยและญาติบอกไม่ทราบว่าโรคต้อหินและเบาหวานขึ้นจอประสาทตาคืออะไร 2. ผู้ป่วยและญาติไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคต้อหิน และไม่เคยเป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 3. คะแนนแบบประเมินความรู้ความเข้าใจโรคต้อหินได้ 3 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคต้อหินและโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2. เพื่อให้ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคต้อหินและโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาจากการซักถามสามารถตอบได้ 2. ผู้ป่วยและญาติตอบแบบประเมินความรู้ความเข้าใจโรคต้อหินได้มากกว่า 8 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติว่าต้อหินและเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ แต่สามารถป้องกันภาวะตาบอดได้โดยควบคุมความดันลูกตา ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ 2. แนะนำว่าการรักษาต้อหินเป็นการควบคุมอาการไม่ให้เลวลง แต่ไม่สามารถทำให้สภาพที่สูญเสียไปกลับคืนได้ ในขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลสามารถลดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ 3. แนะนำให้สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ปวดตา ตาแดง น้ำตาไหล ตามัวลง หากมีอาการให้พบแพทย์ 4. แนะนำให้บุคคลในครอบครัวมาตรวจคัดกรองภาวะต้อหิน เนื่องจากเป็นความเสี่ยงทางพันธุกรรม 5. อธิบายความสำคัญในการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามผลการรักษา ตรวจหาอาการข้างเคียง เช่น ความดันลูกตาส่ง ตามัว หรือตาอักเสบ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมและป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น การประเมินผล จากการซักถามผู้ป่วยและญาติถามตอบในเรื่องโรคได้ ผู้ป่วยและญาติมีการซักถามเมื่อสงสัย มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นหลังให้คำแนะนำเป็น 9 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
8. ขาดความรู้ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันมีผลต่อความเสี่ยงความรุนแรงของโรคต้อหิน และเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยแจ้งต้อหินสภาวะแบบกระป๋องและหรือเนื้องอกต้อหินแบบกล่องช่วงเช้าเป็นประจำวันละ 1 กระป๋องและหรือ 1 กล่อง ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 184 mg/dL, HBA1c 8.30 % - ผู้ป่วยมีอาชีพค้าขาย นอนดึก ก้ม ๆ เงย ๆ หยิบจับสิ่งของ - ความดันลูกตาข้างซ้ายสูงขึ้น 27.2 มิลลิเมตรปรอท - ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะต้องทำอะไรที่จะไม่เพิ่มความดันลูกตา เช่น นอนดึก ตื่นเช้า ก้มหน้าบ่อย วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคต้อหิน และเบาหวานขึ้นจอประสาทตา การประเมินผล - ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสอดคล้องกับโรคต้อหิน และเบาหวานขึ้นจอประสาทตา - ความดันลูกตาอยู่ในระดับปกติ น้อยกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท, ระดับน้ำตาลในเลือดระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เป็น 126 mg/dL	กิจกรรมการพยาบาล - แนะนำให้งดดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะส่งผลให้ความดันลูกตาเปลี่ยนแปลงและสูงขึ้น รวมทั้งควบคุมอาหารลดแป้งและน้ำตาล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันไม่ให้ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตารุนแรงขึ้น - แนะนำให้นอนพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ก้ม ๆ เงย ๆ เพราะเป็นปัจจัยทำให้ความดันลูกตาสูง - แนะนำให้หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ เพราะนิโคตินส่งผลให้การไหลเวียนเลือดที่ขั้วประสาทตาลดลง - แนะนำให้ออกกำลังกายแบบยืดเหยียด ไม่ออกกำลังกายแบบก้มศีรษะต่ำกว่าระดับหัวใจ ซึ่งมีผลทำให้ความดันในลูกตาสูงขึ้น - แนะนำให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ส่งผลต่อการเพิ่มระดับความดันลูกตา ได้แก่ กลอกตาไปมาอย่างรวดเร็วหรือหันตามเสียงอย่างรวดเร็ว ไอ จามแรง ๆ และงดการเบ่งถ่ายอุจจาระ ก้มหน้าต่ำกว่าเอว ยกของหนัก และเคี้ยวหมาก การประเมินผล ผู้ป่วยเลิกดื่มกาแฟและมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับโรคต้อหินมากขึ้น หลังปรับพฤติกรรมความดันลูกตาข้างขวา 13 มิลลิเมตรปรอท ข้างซ้าย 17 มิลลิเมตรปรอท อยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 ปี เป็นโรคเบาหวานมาคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาเมื่อวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2566 พบมีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระดับปานกลาง (Moderate Non-Proliferative Diabetic Retinopathy) ที่ตาทั้งสองข้าง มีความดันลูกตาสูง แต่ไม่มีอาการปวดตา ระดับสายตาตาขวา 6/24-1 ตาซ้าย 6/18+2 เมตร ความดันลูกตาตาขวา 18 ตาซ้าย 37 มิลลิเมตรปรอท ขั้วประสาทตาทั้งสองข้างผิดปกติ มีขนาดเพิ่มขึ้น พบการสูญเสียลานสายตาทั้งสองข้าง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน จึงให้การรักษาโดยการให้ยาหยอดตา Latanoprost และยิงเลเซอร์ LPI แต่ผู้ป่วยหยุดยาไม่สม่ำเสมอ ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา เกิดความกังวลกลัวสูญเสียการมองเห็น ทำให้ระดับสายตาตาขวา 6/36 ตาซ้าย 6/12 เมตร ความดันลูกตาสูงขึ้นเป็นตาขวา 49.6 ตาซ้าย 46.9 มิลลิเมตร

ปรอท จึงต้องเพิ่มยาเป็น Timolol นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบดื่มขนม/กาแฟกระป๋อง และทำงานค้าขายที่ต้องก้ม ๆ เงย ๆ บ่อย เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ควบคุมความดันลูกตายากขึ้น ต้องเพิ่มยาเป็น Alphagan⁹

หลังจากให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรค รู้วิธีปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้ถูกต้อง สามารถควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการตาบอด การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุขาดความรู้เรื่องการใช้ยา ผลข้างเคียง และมีพฤติกรรมเสี่ยง จึงควรให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิดีโอ สาสิตการหยอดยา ประเมินผลการสอน เปิดช่องทางสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อติดตามดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและให้ความร่วมมือในการรักษา ลดค่าใช้จ่าย และได้รับการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

เอกสารอ้างอิง

1. Bourne RR, Taylor HR, Flaxman SR, Keeffe J, Leasher J, Naidoo K, et al.(2016) Number of People Blind or Visually Impaired by Glaucoma Worldwide and World Regions 1990–2010: A Meta Analysis. PLoS ONE. 11(10):1-16.
2. Zhao YX, Chen XW. (2017) Diabetes and risk of glaucoma: systematic review and a Meta-analysis of prospective cohort studies. Int J Ophthalmol.10(9):1430.
3. เกษรา พัฒนพิบูลย์. (2556) โรคต้อหิน glaucoma. ใน: สมสงวน อัญญคุณ, ประภัสสร ผาติกุลศิลา, นภาพร ตนานันต์, ดิเรก ผาติกุลศิลา, เกษรา พัฒนพิบูลย์, บรรณาธิการ.. โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง). เชียงใหม่: วิทอินดีไซน์ 94-111.
4. Jonas JB, Aung T, Bourne RR, Bron AM, Ritch R, Panda-Jonas S. (2017) Glaucoma. Lancet.390:2183-93.
5. บรรพศิริ ชัยสิทธิ์, ลินี่ ทองอินคำ. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการผ่าตัดใส่อุปกรณ์ทางระบายน้ำในลูกตา. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. โรงพยาบาลอ่างทอง. (2565). รายงานสถิติผู้ป่วยห้องตรวจตาโรงพยาบาลอ่างทองปีงบประมาณ 2564-2566. อ่างทอง: ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลอ่างทอง.
7. Orem DE.(2001). Nursing: Concepts and Practice. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby.
8. จิรัฐสรอง วิฑิตกุลวานิช.(2564). ต้อหินภัยเงียบคุกคามการมองเห็นในวัย 40. สมิตเวช [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/ต้อหิน-อาการ>.
9. American Academy of Ophthalmology.(2018). Guidelines on Diabetic Eye Care. Retrieved from: <https://www.aaojournal.org/article>.
10. อลิสา รัฐวงษา.(2563). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 5(2):86-94.
11. Li L, Wan XH, Zhao GH.(2024). Meta-analysis of the risk of cataract in type 2 diabetics. BMJ Ophthalmol [Internet]. [cited 2024 Jan 9]. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2415-14-94>.

การพัฒนาและ การใช้แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับบริการระงับความรู้สึกเพื่อการ
พัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับบริการระงับความรู้สึก
ตามการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป

Development and Implementation of an Anesthesia Safety Checklist to Improve Quality and
Safety for Patients Receiving Anesthesia According to the Perceptions
of Nurse Anesthetists in General Hospitals.

(Received: June 8,2024 ; Revised: June 22,2024 ; Accepted: June 23,2024)

ทัศนีย์ สุนทร¹

Thatsanee Sunthorn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัย 2) เพื่อประเมินผลการใช้แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัย 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยไปใช้ และ 4) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับบริการระงับความรู้สึกไปใช้ตามการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิสัญญีในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 164 คน คำนวณจากสูตรของเครซีและมอร์แกน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.93-0.96 และค่าความเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.91-0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ความเป็นไปได้ในการนำแบบตรวจสอบความปลอดภัยไปใช้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$, $SD = .08$) ปัญหาและอุปสรรคในการนำแบบตรวจสอบความปลอดภัยไปใช้อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.49$, $SD = .06$) ช่วงที่ทำการศึกษาพบอุบัติการณ์การรื้อขีมน้ำออกนอกหลอดเลือดดำผู้ป่วยและบวมมากที่สุดจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 0.28) รองลงมาพบภาวะหลอดลมหมดเกร็งจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 0.18) และพบภาวะเยื่อปอดอักเสบจากการจัดทําน้อยที่สุดจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.02)

คำสำคัญ: แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัย คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย การบริการระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาล

Abstract

This study was based on a research and development research design to meet the following objectives: 1) to develop an anesthesia safety checklist for patients receiving anesthesia; 2) to evaluate the rate at which the anesthesia safety checklist for patients receiving anesthesia is implemented; 3) to study the satisfaction of personnel in implementing the anesthesia safety checklist for patients receiving anesthesia, and 4) to study the barriers and problem-solving guidelines in implementing the anesthesia safety checklist for patients receiving anesthesia according to the perception of nurse anesthetists in general hospitals. The sample was 164 nurse anesthetists working in general hospitals. The sample size was calculated based on the Krejcie-Morgan formula. The research instrument was a survey questionnaire with 5-point rating scales that was checked for instrument quality by a panel of 7 experts. Content validity index values were between 0.93-0.96 and reliability was determined by Cronbach's alpha coefficients between 0.91-0.96. The data obtained were analyzed with descriptive statistics and content analysis.

According to the findings, the feasibility of implementing the anesthesia safety questionnaire was high ($\bar{X} = 3.94$, $SD = .08$). Satisfaction was also high ($\bar{X} = 4.7278$, $SD = .0692$). Problems and obstacles in implementing the

¹ โรงพยาบาลอ่างทอง

anesthesia safety checklist were lowest ($\bar{X} = 1.49$, $SD = .06$). During the study period, there were 14 cases of fluid leakage out of the patient's veins and swelling (0.28%). 9 cases of bronchospasm (0.18%), 1 case of conjunctivitis from positioning (0.02%).

Keywords: Anesthesia safety checklist, Quality and patient safety, Anesthesia service, nurse anesthetist

บทนำ

การให้บริการระงับความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มาผ่าตัด เป็นขั้นตอนการรักษาที่สามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นสาเหตุของการตาย หลังการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก^{1,2} แม้ว่าองค์กรอนามัยโลกให้ความสำคัญและตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดและได้รับบริการความรู้สึกเป็นสำคัญ แต่ยังคงพบช่องว่างในระบบบริการสุขภาพในเรื่องการพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดมา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึก ดังผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึกพบว่า สถานที่เกิดอุบัติการณ์บ่อยได้แก่ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น เนื่องจากฤทธิ์กดการตอบสนองต่าง ๆ ในร่างกายของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายยังไม่หมดไป โดยพบอุบัติการณ์ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ($O_2 \text{ sat} < 92\%$) ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น พบร้อยละ 26.70³ นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ใส่ท่อหายใจซ้ำ หลังการถอดท่อหายใจ 19.4:10,000⁴ และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการวางยาสลบส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการอุดตันทางเดินหายใจหรือข้อผิดพลาดในการให้ยาระงับความรู้สึก พบร้อยละ 72.7³ จากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงดังกล่าว สะท้อนถึงความจำเป็นของการปฏิบัติงานบนมาตรฐานเดียวกัน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึก วิทยาลัยพยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบริการระงับความรู้สึกตั้งแต่ ระยะเวลา ก่อน ขณะ และ หลังการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อประเมิน ฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึก

ในบริบทและสถานการณ์ผลลัพธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึกในประเทศไทย มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 1.2 ล้านราย และได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 25.20)⁵ โดยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประมาณ 2.8-3.6 ล้านรายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบผลการศึกษายอดยิ่ง⁽⁶⁾ ระหว่างการดมยาสลบพบอุบัติการณ์ของภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำจากการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วย จำนวน 497 ราย พบว่า เกิดได้ทุกช่วงของการให้ยาระงับความรู้สึกจนถึง 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ซึ่งเกิดจากปัญหาทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน (ร้อยละ 24.50) และปัญหาเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 20.90) ส่งผลให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำและเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ผลจากการทบทวนสถิติรายงานย้อนหลังและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญีใน ปี พ.ศ. 2564 ของโรงพยาบาลทั่วไป จากการสัมภาษณ์จำนวน 7 แห่ง พบอุบัติการณ์ผิดกรผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ 4.70) และมีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 9.40) ปี พ.ศ. 2565 พบอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำที่ห้องพักฟื้นจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 12.50) ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวิสัญญีพยาบาลยังไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก และอุบัติการณ์ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับวิสัญญีโดยตรง ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลควรคำนึงถึงคุณภาพด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึกหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้

อีกทั้งผลจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวข้องกับการบริการ

ระับความรู้สึกตั้งแต่เริ่มให้ยาระับความรู้สึกจนกระทั่งสิ้นสุดการให้ยาระับความรู้สึก พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการให้ยาระับความรู้สึกและความผิดพลาดจากความไม่พร้อมการเตรียมเครื่องมือยาสลบ จำนวน 111 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.00 จากการให้ยาระับความรู้สึกจำนวน 511 ครั้ง⁷ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสื่อสาร และขาดทักษะการทำงานเป็นทีม อีกทั้งผลการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การนำแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างได้รับยาระับความรู้สึกมาใช้ มีความสำคัญในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการระับความรู้สึกและลดอัตราการตายระหว่างการให้ยาระับความรู้สึกได้⁸ และยังพบว่า เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบและสื่อสารให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยต่อผู้ป่วย⁹ โดยแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างได้รับการระับความรู้สึก (Anaesthetic safety checklist) นี้ครอบคลุมการบริการระับความรู้สึกทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเริ่มให้ยาระับความรู้สึก (Pre -Induction-Sign in) ระยะก่อนที่จะผ่าตัด (Pre procedure-Time out) และระยะก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมอย่างมืออาชีพ ซึ่งผลการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากให้ยาระับความรู้สึกส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญีไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นบุคลากรทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญีควรมีการสื่อสารและตรวจสอบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับยาระับความรู้สึกให้ถูกต้องและครบถ้วน รวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดและการให้บริการระับความรู้สึก รวมถึงเตรียมความพร้อมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อน ขณะ และหลังการให้ยาระับความรู้สึกจนกระทั่งผู้ป่วยย้ายไปอยู่ห้องพักฟื้น โดยจะใช้รายการตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยในการให้บริการระับความรู้สึก² ตั้งแต่ก่อนเริ่มให้การระับความรู้สึกจนถึงขั้นตอนก่อนผู้ป่วยออกจากห้อง

ผ่าตัดและจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้บริการระับความรู้สึก

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาระับความรู้สึกมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์รุนแรงที่ไม่ได้คาดหมาย ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหรือทำให้เสียชีวิตได้หลายประการ เมื่อพิจารณาผลการศึกษาที่ผ่านมา พบช่องว่างขององค์ความรู้ในผลการศึกษาของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือข้อผิดพลาดของผู้ป่วยที่เกิดจากการให้บริการระับความรู้สึก โดยยังไม่พบรายการตรวจสอบความปลอดภัยที่เป็นรายการตรวจสอบความปลอดภัยของการให้ยาระับความรู้สึกที่ชัดเจนในบริบทของไทยในโรงพยาบาลทั่วไป อีกทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระับความรู้สึกยังพบน้อยมากทั้งในและต่างประเทศ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาและการใช้แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระับความรู้สึก เพื่อการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระับความรู้สึกตามการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป และนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาให้เกิดคุณภาพความปลอดภัยอันจะส่งผลให้สามารถลดอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระับความรู้สึกในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระับความรู้สึกตามการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป
2. เพื่อประเมินผลการใช้แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระับความรู้สึก ตามการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรในการนำตามแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของ

ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกตามการรับรู้ของ
วิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป

4. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการ
แก้ไขในการนำตามแบบตรวจสอบรายการความ
ปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก
ตามการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและ
พัฒนา (Research and Development) ใช้รูปแบบ
การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชูคัพ¹⁰

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือพยาบาล
วิสัญญีที่ได้รับประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล
ปฏิบัติงานที่แผนกวิสัญญี เข้าร่วมทีมในการดูแล
ผู้ป่วยและให้บริการระงับความรู้สึก ไม่ได้ดำรง
ตำแหน่งผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของกลุ่มงาน
การพยาบาลวิสัญญี ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป
ตามการแบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่มี
ขนาด 300-500 เตียง (ระดับ S) จำนวน 50 แห่ง รวม
ทั้งสิ้น 1,001 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากร ด้วย
วิธีการการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ได้
จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรวม 10
โรงพยาบาล รวมจำนวนประชากร 208 คน คำนวณ
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) จากสูตรของเครซ
ซีและมอร์แกน¹¹ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้
ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ป้องกันการสูญหายแล้ว
169 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของ เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็น
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยเครื่องมือ
ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการ
เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยระหว่างได้รับการระงับความรู้สึก ซึ่งผู้วิจัย

ดัดแปลงมาจากแบบตรวจสอบรายการผ่าตัด
ปลอดภัย (Surgical safety checklist) ขององค์การ
อนามัยโลก² และแบบรายการตรวจสอบความ
ปลอดภัยของ Association of Veterinary
Anaesthetists¹² ซึ่งเป็นแบบ checklist มี 3 ระยะ
ได้แก่ ระยะก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก (Pre -
Induction-Sign in) ระยะก่อนที่จะผ่าตัด (Pre
procedure-Time out) และระยะก่อนนำผู้ป่วยออก
จากห้องผ่าตัดและนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น
(Recovery-Sign out) ร่วมกับการสัมภาษณ์นักร้อง
กับผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญีรวม 7 คน มีลักษณะเป็น
แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)
วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์มาบูรณาการ
กับเนื้อหาที่ได้จากการศึกษาแนวคิดแบบตรวจสอบ
รายการความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างได้รับ
บริการระงับความรู้สึกเพื่อการได้องค์ประกอบที่วัด
ได้ถึงแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วย
ที่ได้รับการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลทั่วไป
เป็นแบบตรวจสอบที่ให้พยาบาลวิสัญญีผู้ที่
ปฏิบัติงานในทีมห้องผ่าตัดเป็นผู้ประเมินตามรายการ
ที่สร้างขึ้นและทำการทดสอบความเที่ยง ได้ค่าความ
เที่ยงเท่ากับ 0.93

1.2 แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดความไม่
ปลอดภัยกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับ
บริการระงับความรู้สึก ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง
คำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเป็นคำถาม
ปลายเปิด ให้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลตาม
รายการคำถามที่สร้างไว้ และทำการทดสอบความ
เที่ยง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ
กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากข้อมูลส่วนบุคคล
และข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎี คำถามมี
ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเป็นคำถามปลายเปิด
ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การ
ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิสัญญี ณ ปัจจุบัน

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินผลการใช้แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการระดับความรู้สึก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบสอบถามปลายปิดจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ แบบสอบถามมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความยากง่ายในการปฏิบัติ ด้านความเหมาะสมของทรัพยากรที่มี ด้านความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง และด้านประโยชน์และความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และทำการทดสอบความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

2.3 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรในการนำแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างได้รับการบริการระดับความรู้สึกไปใช้ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และทำการทดสอบความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

2.4 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างได้รับการบริการระดับความรู้สึกไปใช้ มีลักษณะเป็นทั้งแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ และแบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ และทำการทดสอบความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน⁽¹³⁾ โดยแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างได้รับการบริการระดับ

ความรู้สึก แบบสอบถามประเมินผลการนำแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยไปใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการนำแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยไปใช้ แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการนำแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยไปใช้ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 0.93 0.94 และ 0.96 ตามลำดับ และตรวจค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.93 0.96 0.93 และ 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้เอกสารรับรองแล้วผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้บังคับบัญชาโรงพยาบาลรวม 10 แห่ง และติดต่อประสานงานผู้รับผิดชอบกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลทางโทรศัพท์ เพื่อชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัยและส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยขอความกรุณาให้หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม โดยใส่ซองสีน้ำตาลปิดผนึก และใส่ในกล่องที่จัดไว้ให้ภายใน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ จำนวน 164 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.21 ของแบบสอบถามที่แจกไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)¹⁴

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลอ่างทองในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 เลขที่โครงการวิจัย ATGEC 40/2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับบริการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลทั่วไป มีขั้นตอนการดำเนินการ 4 ขั้นตอน

1. การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-trigger phase) ประกอบด้วย 1.1 จากประสบการณ์การปฏิบัติงาน (Practice triggers) ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญี พบประเด็นปัญหาดังนี้ 1) กลุ่มงานวิสัญญียังไม่มีรูปแบบบันทึกการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึกที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึกของโรงพยาบาลทั่วไปที่ชัดเจน และครอบคลุมกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึก และการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ห้องผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลแตกต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน 2) วิสัญญีที่ปฏิบัติงานในทีมผ่าตัดมีความต้องการรูปแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยที่ชัดเจนและสามารถนำมาใช้งานได้จริง 3) ผู้ร่วมทีมผ่าตัดขาดการสื่อสาร ไม่ทราบบทบาทของตนที่ชัดเจน 1.2 จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (Knowledge triggers) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการผ่าตัดและได้รับบริการระงับความรู้สึก ร่วมกับการสัมภาษณ์นำร่องกับผู้บริหารการพยาบาลด้านวิสัญญีเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึกเพื่อค้นหาปัญหา สาเหตุและแนวทางในการพัฒนาแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยเชิงลึก และนำมาบูรณาการกับเนื้อหาที่ได้จากการศึกษาแนวคิดการพัฒนาแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำมากำหนดหัวข้อพัฒนาแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ให้เหมาะสมกับบริบทในการดูแลผู้ป่วยเมื่อได้รับบริการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดและการ

บริการระงับความรู้สึกประกอบด้วย Sign in Pre-induction (before induction of anesthesia), Time out Pre-procedure (before skin incision) และ Sign out (before patient leaves the room)

2. การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนารายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 2.1 การคัดเลือกและเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดคำสำคัญตามกรอบของ PICO⁽¹⁵⁾ ดังนี้ P (Population): ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับบริการยาระงับความรู้สึก; I (Intervention): การประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแบบประเมินรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึก; C (Comparisons): ไม่มี และ O (Outcome): ประสิทธิภาพของการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ความพึงพอใจ และปัญหาและอุปสรรคของผู้ใช้แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัย 2.2 เป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013-2023 ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 2.3 แหล่งในการสืบค้นและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น 2.3.1 กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลที่ให้งานวิจัยเดี่ยว ได้แก่ Blackwell Synergy, OVID, Science direct, Pub Med, HireWire จากฐานข้อมูลที่ให้ Guidelines จากเอกสารอ้างอิงจากงานวิจัย และการสืบค้นด้วยมือจากวารสารทั้งในประเทศ ต่างประเทศ และวิทยานิพนธ์ 2.3.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น: Anesthesia safety checklist, Quality and patient safety, Anesthesia service, nurse anesthetist 2.4 ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ เกณฑ์ของเมลนิคและไพน์เออร์-โอเวอร์ฮอร์ท 2.5 ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 22 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยเชิงทดลอง 6 เรื่อง (ระดับ 2) งานวิจัยเชิงบรรยาย 5 เรื่อง (ระดับ

6) บทความ 4 เรื่อง (ระดับ 7) และแนวปฏิบัติทางคลินิก 7 เรื่อง 2.6 ประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดของโพลิตและเบค 2.7 สาระหลักที่สรุปได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย การเลือกแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระดับความรู้สึก นำสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสร้างแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดและการบริการระดับความรู้สึก

3. การพัฒนาแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ และนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำผลจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา สาระหลักที่ได้ในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 มาออกแบบพัฒนาแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับบริการระดับความรู้สึกให้ครอบคลุมการบริการระดับความรู้สึกทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเริ่มให้ยาระดับความรู้สึก (Sign in pre-induction) ระยะก่อนที่จะให้ยาระดับความรู้สึก (Time out pre procedure) และระยะก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดจนถึงห้องพักฟื้น (sign out) ได้รับการตรวจสอบแบบพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการพยาบาลวิสัญญีไทยในการให้บริการระดับความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้งพร้อมทั้งปรับปรุงแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัย (Anaesthetic safety checklist) ตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96 จากนั้นนำไปปรับปรุงและได้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำแบบรายการความปลอดภัยฯ (Anaesthetic safety checklist) ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและไม่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างแห่งหนึ่ง (Try out) จำนวน 30 คน โดยรายละเอียดการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การ

ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการใช้งานแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ (Anaesthetic safety checklist) เนื่อหาการปฏิบัติและการลงบันทึกแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ (Anaesthetic safety checklist) การให้กลุ่มตัวอย่างใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ (Anaesthetic safety checklist) การประเมินผลการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ (Anaesthetic safety checklist) ความพึงพอใจ และปัญหาและอุปสรรคจากการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ (Anaesthetic safety checklist)

4. ขั้นตอนการนำไปใช้จริงในโรงพยาบาลทั่วไป (Evidence-based phase) เป็นระยะที่มีการผสมผสานแนวปฏิบัติการพยาบาลกับแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทและนำไปเก็บข้อมูลและทดลองใช้จริงในโรงพยาบาลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการใช้แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับบริการระดับความรู้สึก

2.1 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 86.00) และ (ร้อยละ 14.00) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 41-50 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 30.50) และช่วงอายุ 51- 60 ปี น้อยที่สุด (ร้อยละ 18.90) มีวุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับเป็นระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 88.40)

2.2 การประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยฯ (Anaesthetic safety checklist) ไปใช้ ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยตัวแปรการนำไปใช้ของแบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยฯ (Anaesthetic safety checklist) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$, $SD = .08$) ตัวแปรด้านความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33$, $SD = .00$) รองลงมาตัวแปรด้านความยากง่ายในการปฏิบัติ ($\bar{X} = 4.25$, $SD = .06$) และตัวแปรด้านความเหมาะสม

ของทรัพยากรที่มีมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.25$, $SD = .21$)

2.3 อุบัติการณ์การเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระดับความรู้สึก จากผลการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัย (Anaesthetic safety checklist) ($n=4,977$) พบว่าในช่วงเวลาของการศึกษาและนำแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัย (Anaesthetic safety checklist) ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป พบอุบัติการณ์การรั่วซึมสารน้ำออกนอกหลอดเลือดดำผู้ป่วยและบวมจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 0.28) สายสารน้ำหลุดขณะเริ่มให้ยาระดับความรู้สึกจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 0.10) ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 0.16) อุบัติการณ์ความผิดพลาดทางยาจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.06) ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) ($O_2 \text{ sat} < 92\%$) 6 ราย (ร้อยละ 0.12) เยื่อตาอักเสบจากการจัดท่าระหว่างได้รับบริการระดับความรู้สึกจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.02) ภาวะหลอดลมหดเกร็งจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 0.18)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัย (Anaesthetic safety checklist) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยตัวแปรความพึงพอใจในการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety checklist) ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 0.07$) และไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับน้อย (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคจากการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัย (Anaesthetic safety checklist) และแนวทางแก้ไขในระยะ Sign in Pre-induction (before induction of anesthesia), Time out Pre- procedure (before skin incision) และ Sign out (before patient leaves the room) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.49$, $SD = .06$) แต่ยังพบประเด็นที่ต้องปรับปรุงดังนี้

1. ด้านผู้ใช้งานแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ได้นำแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ไปใช้ แต่ยังลงบันทึกไม่สมบูรณ์ในระยะ Sign in Pre-induction (before induction of anesthesia) ทั้งนี้เนื่องจากเร่งรีบในการเริ่มผู้ป่วยรายถัดไป ขาดความสนใจจากทีมอาจเนื่องจากความเครียด ความเหนื่อยจากการปฏิบัติงาน ต้องเตรียมยาอุปกรณ์ เครื่องมือการผ่าตัดและการให้ยาระดับความรู้สึกที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลามาก จึงการขาดความตระหนักในการทำงานตามแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัย การแก้ไขควรวางแผนการใช้แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยฯ บทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนก่อนเริ่มการผ่าตัด

2. รายการที่ต้องประเมินในแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ การตีความหมายข้อความบางข้อไม่กระจ่าง อาจทำให้มีการตีความต่างกันได้ ช่องตรวจสอบมีขนาดเล็ก จึงทำให้ผู้ใช้งานอาจไม่ยอมใช้งานตามรูปแบบและทำให้เกิดการดำเนินการไม่สมบูรณ์ แต่เนื่องจากผลการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการนำไปใช้อยู่ในระดับน้อยที่สุด จึงแก้ไขโดยการแก้ไขปรับช่องรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ให้เหมาะสมกับขนาดรูปแบบและอาจต้องมีการนำรายการตรวจสอบความปลอดภัยไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความคุ้นชินจากข้อคำถามที่เป็นภาษาอังกฤษ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะการพัฒนาแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัย (Anaesthetic safety checklist) จากการประเมินผลการใช้รูปแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ พบประเด็นที่ต้องมีการปรับปรุง 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ด้านเนื้อหา เพิ่มการใช้ภาษาที่กระชับ ได้ใจความเพิ่มมากขึ้นเพื่อลดระยะเวลาการใช้งาน เพิ่มขนาดตัวหนังสือเพื่อความความสะดวกและชัดเจนในการตรวจเช็ค 2) ด้านการพัฒนาแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัย (Anaesthetic safety checklist) ควรเน้นการพัฒนาแบบให้มีความต่อเนื่องในการใช้งานอย่างจริงจังในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการระดับความรู้สึกอย่างต่อเนื่องทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

ของการให้บริการระงับความรู้สึก รวมไปถึงการผ่าตัด กรณีผ่าตัดฉุกเฉินร่วมด้วย 3) ด้านพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมการทำงานเป็นทีม วิสัยวิญญูพยาบาลควรมีบทบาทในการดำเนินการตามแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยอย่างน้อยต้องตรวจสอบรายการให้เสร็จก่อนการเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ควรเพิ่มกำหนดมาตรฐานการให้มีการตรวจสอบซ้ำและเน้นการสื่อสารรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ กับสมาชิกในทีมได้รับทราบทั่วกันและทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้ง Sign in Pre-induction (before induction of anesthesia), Time out Pre-procedure (before skin incision) และ Sign out (before patient leaves the room) เพื่อรักษามาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง แม้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น หากกรณีผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกซับซ้อน ควรมีการนิเทศวางแผนกิจกรรมการพยาบาล การตรวจสอบรายการความปลอดภัยให้ครอบคลุมทั้งระยะก่อน ขณะและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ^{2, 12}

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา จากผลการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาจะพบว่าห้องรอผ่าตัดและในห้องผ่าตัด มักพบปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น อุบัติการณ์การรื้อเข็มสารน้ำออกนอกหลอดเลือดดำผู้ป่วย สายสารน้ำหลุดขณะเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ (Hypoglycemia) พบป้ายชื่อนามสกุลข้อมือผู้ป่วยไม่ชัดเจน ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนให้เห็นว่าการทำงานในห้องผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นจริง ซึ่งเกิดจากสาเหตุที่หลากหลาย ทั้งจากตัวทีมงาน ระบบการทำงานและอื่น ๆ ซึ่งวิธีการที่จะช่วยลดความผิดพลาดดังกล่าวได้คือ การมีรูปแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ที่สร้างขึ้นและออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทและสามารถนำมาใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากแบบรายการตรวจสอบความ

ปลอดภัยฯ ซึ่งเป็นแบบ checklist มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก (Pre -Induction-Sign in) ระยะก่อนที่จะผ่าตัด (Pre procedure-Time out) และระยะก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น (Recovery-Sign out) ซึ่งทั้ง 3 ระยะนั้นมีรายการตรวจสอบที่สอดคล้องกับบริบทการให้บริการระงับความรู้สึก จึงช่วยลดอัตราอุบัติการณ์และความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเกรและคณะ ¹⁶ พบว่า แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ สามารถช่วยลดอัตราอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการให้บริการระงับความรู้สึกได้ถึง ร้อยละ 32.8 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำเอารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยฯ (Surgical safety checklist) มาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีโรงพยาบาลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลการออกแบบและพัฒนาแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ผลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ควรมีการนำเอารูปแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ มาพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึก ทั้งในและนอกเวลาราชการของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบให้มีรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ซึ่งเป็นแบบ checklist มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก (Pre -Induction-Sign in) ระยะก่อนที่จะผ่าตัด (Pre procedure-Time out) และระยะก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น (Recovery-Sign out) เนื่องจากรูปแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ เป็นเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมวิสัญญีและบุคลากรทีมผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของซาซิน่าและคณะ ⁹ พบว่าแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเริ่มให้บริการระงับความรู้สึกและยังช่วยให้บุคลากรเกิด

ความตระหนักในบทบาทและหน้าที่ของตนเองได้อีกด้วย รวมถึงติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้รับบริการ คือคุณภาพความปลอดภัย²

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบ

3.1 ความพึงพอใจในการใช้แบบตรวจสอบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ผลการประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 0.07$) เนื่องจากรูปแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ มีความถูกต้อง ชัดเจน เป็นขั้นตอน นำมาใช้ได้จริง มีรายการตรวจสอบที่ช่วยลดการผิดพลาดผิดคน เช่นมีคำถามว่า “Identity of the patient confirmed?” หรือช่วยลดผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผ่าตัดได้ชัดเจน เช่นมีคำถามว่า “Site confirmed?” เป็นต้น ซึ่งคล้ายกับการผลึกษาของศิริรัตน์ จึงสมาน¹⁸ พบว่า ระดับความพึงพอใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างในการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับมาก

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ พบว่า ค่าเฉลี่ย ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ มากอันดับ 1 คือ ด้านความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าบุคลากรทีมผ่าตัดเล็งเห็นคุณค่าการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยเพื่อลด/ป้องกันความเสี่ยงจากการให้บริการระดับความรู้สึกได้ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$, $SD = .08$) เนื่องจากแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยนี้ช่วยลดอุบัติเหตุจากการให้บริการระดับความรู้สึก $\geq$ ร้อยละ 80 ร้อยละ 84.15 สอดคล้องกับการศึกษาของซาซิน่าและคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า การนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยมาใช้ในการให้บริการระดับความรู้สึกสามารถช่วยลดอุบัติเหตุทางวิสัญญี และการสื่อสารจะเป็น

เครื่องมือในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมการทำงานเป็นทีม อีกทั้งยังเป็นมาตรฐานการปฏิบัติของผู้ใช้ที่ได้รับการยอมรับ 2, 12

3.3 ปัญหาอุปสรรคจากการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ จากผลการประเมินปัญหาอุปสรรคจากการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ พบปัญหาและอุปสรรคใน 2 ประเด็นใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) พบประเด็นปัญหาการไม่เข้าใจในการใช้แบบตรวจสอบความปลอดภัยฯ ไม่ตรงกัน ในช่วงการ sign in time out ส่งผลทำให้ไม่ได้ทำตามมาตรฐานที่ควรเป็น ขาดความสนใจในการปฏิบัติ และขาดความร่วมมือในการใช้งานรูปแบบ และ 2) พบปัญหาในส่วนของโครงสร้างของแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ เป็นภาษาอังกฤษ ทั้ง 3 ระยะ ผู้ใช้ยังไม่คุ้นชินแต่ผู้ใช้มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการใช้รูปแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ แก้ไขโดยปรับขนาดของตัวหนังสือและช่องที่จะบันทึกได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสเตฟานีและคณะ¹⁷ ที่พบว่าอุปสรรคที่สำคัญในการทำให้การใช้งานแบบตรวจสอบ รายการผ่าตัดปลอดภัยไม่ประสบความสำเร็จ คือ ทีมที่ใช้งานรูปแบบและแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่ไม่ชัดเจน

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินผลและการปรับปรุงรูปแบบจากการทดลองใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ พบว่า ควรมีการพัฒนาปรับปรุง ได้แก่ การเพิ่มการมีส่วนร่วมของทีมแพทย์ในการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการใช้งานของแบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ สร้างความตระหนักให้ทีมด้านประโยชน์และความปลอดภัยของผู้รับบริการในการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ เนื่องจากยังพบอุบัติเหตุของผู้เข้ารับบริการระดับความรู้สึก ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของสเตฟานีและคณะ¹⁷ ที่พบว่าการทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นทีมจะทำให้เกิดผลลัพธ์ดี การทำงานมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาวิจัยในการพัฒนาระบบการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับทีมพยาบาลวิสัญญีและทีมผ่าตัดในการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ มีการดำเนินการวิจัยพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินการรายการที่ใช้ ในการ

ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยฯ ควบคู่ไปกับการสนับสนุนการนำใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยฯ อย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำเป็นนโยบายปฏิบัติและประกาศใช้อย่างต่อเนื่องทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการต่อไปเพื่อให้ผู้รับบริการระงับความรู้สึกได้รับความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. Joint Commission for of Health Organization (JCAHO). Joint Commission International Accreditation standard for Hospital. 5th Edition. Library of Congress. 2017 [cited 2024 Jun 8]. Available from: <http://www.jointcommissioninternationalaccreditation.org>
2. World Health Organization (WHO). Atlas of eHealth country profiles: the use of eHealth in support of universal health coverage. 2016 [cited 2021 Apr 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565219>
3. Melesse DY, Denu ZA, Kassahun HG, Agegnehu AF. The incidence of early post-operative hypoxemia and its contributing factors among patients underwent operation under anesthesia at University of Gondar comprehensive and specialized referral hospital, Gondar, North West Ethiopia, 2018. A prospective observational study. *Int J Surg Open*. 2020;22:38-46.
4. Ittichaikulthol W, Duangngoen P, Thamjamrassri T, Jiarpinitnun J. Risk factors of reintubation in post anesthetic care unit after general anesthesia in Ramathibodi Hospital. *Thai J Anesthesiol*. 2016;42(1):33-41.
5. กรมการแพทย์. จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด หัตถการ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2552. 2559 [cited 2024 Jun 8]. Available from: <http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html>
6. สมรัตน์ จารุลักษณ์นันท์, ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์, ศิริพร ปิตมานะอารี, เทวราชรักษ์ วีระวัฒนกันท์, วรีณี เล็กประเสริฐ, ศศิกันต์ นิมานรัชต์, วราวุธ ภาพพิเศษพันธุ์. การศึกษาอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากการรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.
7. Liberman JS, Slagle JM, Whitney G, Shotwell MS, Lorinc A, Porterfield E, et al. Incidence and classification of nonroutine events during anesthesia care. *Anesthesiology*. 2020;133(1):41-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000003336>. PubMed PMID: 32404773.
8. Haugen AS, Waehle HV, Almeland SK, Harthug S, Sevdalis N, Eide GE, et al. Causal analysis of World Health Organization's surgical safety checklist implementation quality and impact on care processes and patient outcomes: secondary analysis from a large stepped wedge cluster randomized controlled trial in Norway. *Ann Surg*. 2019;269(2):283-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000002584>. PubMed PMID: 29112512.
9. Saxena S, Krombach JW, Nahrwold DA, Pirracchio R. Anaesthesia-specific checklists: a systematic review of impact. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020;39(1):65-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.accpm.2019.07.011>. PubMed PMID: 31374366.
10. Soukup SM. Preface to section on evidence-based nursing practice. *Nurs Clin North Am*. 2000;35(2):xvii-xviii.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30:607-610.
12. Association of Veterinary Anaesthetists. 2020 [cited 2024 Jun 8]. Available from: <https://ava.eu.com>
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; 2017.

14. Johnson LJ, LaMontagne MJ. Using content analysis to examine the verbal or written communication of stakeholders within early intervention. *J Early Interv.* 1993;17(1):73-79.
15. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
16. Ghaly RF, Kushnarev M, Pirvulescu I, Perciuleac Z, Candido KD, Knezevic NN. A novel checklist for anesthesia in neurosurgical cases. *Surg Neurol Int.* 2021;12:184.
17. Stephanie R, Nick S, Krishna S, Erik M, Shantanu R, Jochem C. A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England. *Ann Surg.* 2015;1-11.
18. ศิริรัตน์ จิงสมาน. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

ประสิทธิผลของนวัตกรรม Save IV Line Effectiveness of Save IV Line Innovation

(Received: June 7,2024 ; Revised: June 22,2024 ; Accepted: June 23,2024)

ณิรณช วงศ์เจริญ¹, พิมพใจ ลังการพินธุ์¹, พัชรินทร์ ไชยบาล¹ ทัพพชวัญ ศรีรัตยาวงศ์¹, พรทิพย์ ปาอิน¹,วิชานีย์ ไจมาลัย¹, อิชยา มอญแสง¹
Neeranuch Wongcharoen¹, Pimjai Lungkarpin¹, Patcharin Chaibarn¹, Thapkhwan Srirattayawong¹, Porntip Pa-in¹,
Wichanee Jaimalai¹ Idchayar Mornsang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของนวัตกรรม Save IV Line โดยใช้กระบวนการ PDCA และการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลหอผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุแรกเกิดจนถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปง จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกอัตราการเลื่อนหลุดของเข็มแทงน้ำเกลือ (2) แบบบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในเตรียมอุปกรณ์และการผูกยึดน้ำเกลือ และ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า อัตราการเลื่อนหลุดของเข็มแทงน้ำเกลือในผู้ป่วยเด็กกลุ่มควบคุม เท่ากับร้อยละ 64.00 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 16.00 ระยะเวลาที่ใช้ในเตรียมอุปกรณ์และการผูกยึดน้ำเกลือระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 177.16 วินาที ($SD=16.44$) ส่วนกลุ่มทดลอง เท่ากับ 45.04 วินาที ($SD=5.10$) พยาบาลวิชาชีพและผู้ปกครองผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม นวัตกรรม Save IV Line เป็นอุปกรณ์ที่ตัดเย็บง่ายผลิตจากวัสดุที่หาง่าย ใช้วัสดุเหลือใช้ในหน่วยงาน มีต้นทุนของวัสดุอุปกรณ์และการตัดเย็บต่ำ ในราคาชิ้นละ 20 บาท และสามารถนำมาใช้ซ้ำได้

คำสำคัญ: นวัตกรรม, อุปกรณ์ผูกยึดเข็มแทงน้ำเกลือ

Abstract

This quasi-experimental research, two group posttest design, aimed to developed and study the effectiveness of Save IV Line innovation by used PDCA process and participated of in-patient department nurse's teams. The participants were fifty 0-6 years who admitted in-patient department of Pong hospital. The research instruments which consisted of 1) IV Line slippage rate record form 2) Time spent preparing the equipment and IV Line fixation and 3) Professional nurse and patient parent's satisfaction questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and independent t-test.

The research findings revealed that IV Line slippage rate were 64% in control group and 16% in experimental group. Completing the experimental group, Time spent preparing the equipment and IV Line fixation had statistically significance difference of the control group at level of $p < 0.001$. The mean score were 177.16 seconds ($SD=16.44$) in control group and 45.04 seconds ($SD=5.10$) in experimental group. Professional nurses and patient parents were satisfied with the used of innovations. Save IV Line innovation were easy sewing, made from easy-to-find materials, used the waste material in the department, low cost of materials and sewing (20 baht per piece) and can be reused.

Key word: Innovation, Save IV Line

บทนำ

การแทงน้ำเกลือมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สารน้ำหรือยาฉีดทางหลอดเลือดดำ เป็นกิจกรรมการพยาบาล

ที่พยาบาลต้องปฏิบัติเป็นประจำ¹ สำหรับผู้ป่วยเด็ก การแทงน้ำเกลือจะมีความยุ่งยากมากกว่าผู้ใหญ่ ผู้ป่วย

¹ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

เด็กร้อยละ 95 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องได้รับหัตถการเจาะเลือดหรือแทงน้ำเกลือ ซึ่งเด็กที่ต้องได้รับการแทงน้ำเกลือจะแสดงอาการหวาดกลัว ร้องโวยวาย ไม่ให้พยาบาลแทงน้ำเกลือส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด² ทั้งนี้การดูแลเด็กที่ใส่น้ำเกลือหรือเข็มสำหรับฉีดยา ปัญหาที่พบบ่อยคือการหลุดเลื่อนของเข็ม กรณีหากผู้ป่วยเด็กไม่ได้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์อาจเกิดความเสียวหรืออันตรายต่อชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องมีการแทงน้ำเกลือใหม่ จากการศึกษาอุบัติการณ์พบว่าพยาบาลสามารถแทงน้ำเกลือได้สำเร็จในครั้งแรกเพียงร้อยละ 53³ การแทงน้ำเกลือในเด็กเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากการที่ผู้ป่วยเด็กไม่ให้ความร่วมมือ (uncooperative patient) และการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) ซึ่งเป็นผลจากความกลัว (fear) และความวิตกกังวล (anxiety)⁴ จึงทำให้เกิดความผิดพลาดในการแทงน้ำเกลือได้สูง ดังนั้นการแทงน้ำเกลือในเด็กบ่อยครั้งจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านจิตใจและร่างกายของทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพเองด้วย อันเนื่องจากการแทงบ่อยเป็นเหตุทำให้เด็กต้องเจ็บบ่อยครั้ง ผู้ดูแลเกิดความไม่พอใจในการให้บริการ เสี่ยงต่อการฟ้องร้องเรียนการให้บริการ อาจเกิดอันตรายต่อเด็กหากให้น้ำสารละลายทางหลอดเลือดดำไม่ได้หรือไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา มีโอกาสติดเชื้อเส้นเลือดดำอักเสบมากขึ้น และพยาบาลมีภาระงานมากขึ้น พยาบาลต้องใช้เวลาในการแทงน้ำเกลือมากขึ้นและเกิดความเครียดในการแทงน้ำเกลือใหม่^{5, 6}

จากปัญหาการเลื่อนหลุดบ่อยในการดูแลผู้ป่วยเด็กระหว่างให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV) และเข็มคาไว้สำหรับฉีดยา (Plug) ปัจจุบันมีการผูกยึดบริเวณที่แทงน้ำเกลือโดยใช้ผ้าก๊อสมามัดรัดกระดากแข็งมาใช้เป็นอุปกรณ์ในการตามมือเด็ก และใช้พลาสติกติด โดยนำมาผูกยึดที่บริเวณที่แทงน้ำเกลือเด็กแล้วใช้ผ้าก๊อสพันทับอีกครั้ง ตามด้วยติดพลาสติก วิธีดังกล่าวทำให้เส้นเลือดดำอักเสบและพลาสติกจำนวนมาก และใช้เวลาในการพันอุปกรณ์ผูกยึดนาน นอกจากนี้ยังยากต่อการตรวจสอบตำแหน่งของการแทงเส้น การรั่วซึมของสารละลาย การอักเสบและการติดเชื้อของเส้นเลือด ซึ่ง

หากจะมีการตรวจสอบต้องเสียเวลาแกะและพันใหม่ มีบ่อยครั้งเกิดการเลื่อนหลุดในขณะพยาบาลแกะอุปกรณ์ผูกยึด จากที่การเปลี่ยนอุปกรณ์ผูกยึดที่ได้ยาก จึงทำให้โอกาสในการเปลี่ยนอุปกรณ์ผูกยึดลดลง ส่งผลให้ที่เกิดความสกปรก หมักขึ้น ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

จากการทบทวนการทำนวัตกรรมที่ผูกยึดบริเวณที่แทงน้ำเกลือที่ผ่านมา พบว่ามีหลากหลายวิธี เช่นถุ้งมีวิธีที่ทำจากกระปุกน้ำเกลือที่ใช้แล้ว⁷ หรือถุ้งมีวิธีที่ใช้น้องน้อยป้องกันเข็ม IV หลุดด้วยไหมพรม อุปกรณ์ผูกยึดแขนหรือขาผู้ป่วยเด็กระหว่างให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ⁸ และอุปกรณ์ผูกยึดเข็ม IV (3in1) ทำจากฟิวเจอร์บอร์ดหุ้มด้วยใยสังเคราะห์ที่นุ่มเย็บปิดด้วยผ้าฝ้าย⁹ โดยแต่ละนวัตกรรมมีข้อดีที่แตกต่างกัน แต่ก็ยังมีข้อด้อยที่ต้องพัฒนา เช่น ความยากง่ายในการทำความสะดวก ความยืดหยุ่น การระบายความร้อน รวมถึงการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมด้วย ดังนั้นผู้จัดทำนวัตกรรมจึงได้มีการพัฒนานวัตกรรม Save IV Line ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ใช้เป็นอุปกรณ์ผูกยึดเข็มน้ำเกลือในผู้ป่วยเด็กระหว่างให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV) และเข็มคาไว้สำหรับฉีดยา (Plug) โดยการใช้ผ้าที่เหลื่อใช้ของโรงพยาบาลมาตัดเย็บเป็นที่ผูกยึด และมีช่องสำหรับใส่กระดากแข็ง ซึ่งใช้กระดากกล่องน้ำเกลือซึ่งถือเป็นขยะของโรงพยาบาล ด้วยคุณลักษณะของกล่องน้ำเกลือจะมีความหนาและแข็งแรงมาใช้เพื่อใช้ตามผ้าให้คงรูป เพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ผูกยึดเข็มน้ำเกลือในผู้ป่วยเด็ก ในการป้องกันการเลื่อนหลุดของเข็มน้ำเกลือ ให้ผู้ป่วยเด็กสุขสบาย ลดระยะเวลาในการแทงน้ำเกลือของเด็ก และพยาบาลสามารถประเมินตำแหน่งที่แทงน้ำเกลือได้สะดวกขึ้น ลดการติดเชื้อบริเวณที่แทงน้ำเกลือ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรม Save IV Line

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Two group posttest design) เพื่อ

พัฒนาและศึกษาผลของของนวัตกรรม Save IV Line ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุแรกเกิดจนถึง 6 ปี ของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการ PDCA¹⁰ และการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลหอผู้ป่วยใน เป็นกระบวนการในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพนวัตกรรม Save IV Line อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) มีการสำรวจ ประชุมวางแผน วิเคราะห์ปัญหา และออกแบบ นวัตกรรมอุปกรณ์ผูกยึดเข็มน้ำเกลือในผู้ป่วยเด็ก ร่วมกันของทีมพยาบาลหอผู้ป่วยใน

ขั้นที่ 2 การดำเนินการ (Do) นำนวัตกรรมที่ พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็ก พร้อมรับฟัง ข้อเสนอแนะจากทีมพยาบาลหอผู้ป่วยใน และ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก

ขั้นที่ 3 การตรวจสอบและเปรียบเทียบผลการ ใช้นวัตกรรม (Check) ตรวจสอบผลการทดลองใช้ ด้าน ความสะดวกในการใช้งาน การเกาะติดของเด็ก การทำ ความสะอาด การแกะเพื่อถอดตำแหน่งเข็ม

ขั้นที่ 4 การกำหนดเป็นมาตรฐานและปรับปรุง นวัตกรรม (Act) นำปัญหาและข้อเสนอแนะมาปรับปรุง นวัตกรรม Save IV Line และนำไปทดลองใช้อีกครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเด็กอายุแรกเกิดจนถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 48 คน โดยผู้ปกครองหรือผู้ดูแลอนุญาตให้ใช้นวัตกรรมในการผูกยึดบริเวณแขนงน้ำเกลือกับผู้ป่วยเด็ก ในการประเมินผลการใช้นวัตกรรมจากการใช้งานจริง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน⁽¹¹⁾ ในการคำนวณขนาดตัวอย่างผู้วิจัยใช้การเปิดตารางสำเร็จรูปประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน⁽¹²⁾ ที่ $\alpha = .05$, power = .80, effect size = .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 20 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20⁽¹³⁾ เพื่อการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (drop-out rate) และความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยคำนวณจากสูตรของกัปตันและคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกอัตราการเลื่อนหลุดของเข็มแทงน้ำเกลือในผู้ป่วยเด็ก
2. แบบบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในเตรียมอุปกรณ์ และการผูกยึดน้ำเกลือในผู้ป่วยเด็ก
3. แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ปกครองหรือผู้ดูแล อนุญาตผู้ป่วยเด็ก และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง นวัตกรรม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ (1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) ในการวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้ independent t-test โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการศึกษา

1. กระบวนการพัฒนานวัตกรรมและผลการ ทดสอบการใช้งานจริง นวัตกรรมนวัตกรรม Save IV Line ได้มีการพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการใช้งานจริงกับผู้ป่วยเด็กอายุแรกเกิดจนถึง 6 ปี โดยนวัตกรรม ผ่านการพัฒนาทั้งหมด จำนวน 4 รุ่น ตามรายละเอียด ดังนี้

1.1. นวัตกรรม Save IV Line รุ่นที่ 1 ลักษณะ อุปกรณ์ผูกยึดเข็มน้ำเกลือ ทำด้วยใช้ผ้าก๊อสมหาหุ้ม กระดาษแข็งแล้วใช้พลาสติกหุ้มติด นำมาผูกยึดที่ บริเวณที่แขนงน้ำเกลือเด็กแล้วใช้ผ้าก๊อสพันทับอีกครั้ง ตามด้วยติดพลาสติก โดยมีลักษณะนวัตกรรมดังรูป ภาพประกอบ





จากภาพประกอบ พบว่า จากการทดสอบผล
การใช้งานจริง นวัตกรรม Save IV Line รุ่นที่ 1 พบว่า
ข้อดีข้อเสีย ดังนี้

ข้อดี ได้แก่ อุปกรณ์หาง่าย ขนาดพอดีกับมือ
เด็ก

ข้อเสีย ได้แก่ (1) หลุดง่าย สิ้นเปลืองผ้าก๊อซ
และพลาสติกจำนวนมาก อุปกรณ์ทุกอย่างใช้แล้วทิ้ง
(2) ยากต่อการแกะเพื่อประเมินการอักเสบและการติด
เชื้อบริเวณตำแหน่งแทงเส้น (3) ใช้เวลาในการพันผ้าผ้า
ผูกยึดนาน (4) มีโอกาสเกิดการเลื่อนหลุดของเข็ม
น้ำเกลือได้ง่ายในขณะเปลี่ยนอุปกรณ์ผูกยึด

1.2. นวัตกรรม Save IV Line รุ่นที่ 2 ลักษณะ
อุปกรณ์ผูกยึดเข็มน้ำเกลือ ทำด้วยผ้าเหลือใช้ของ
โรงพยาบาลมาตัดเป็นรูปสี่เหลี่ยม โดยลักษณะการตัด
เย็บผ้าเป็นแบบผืนเดียวติดกันหมด และทำช่องสำหรับ
ใส่กระดากแข็ง ซึ่งใช้กระดากกล่องน้ำเกลือซึ่งมีความ
หนาและแข็งแรงมาใช้เพื่อใช้ตามผ้าให้คงรูป แล้วใช้แถบ
หนามเตยเป็นตัวยึด โดยมีลักษณะนวัตกรรมดังรูป
ดังนี้



จากภาพประกอบ พบว่า จากการทดสอบผล
การใช้งานจริง นวัตกรรม Save IV Line รุ่นที่ 2 พบว่า
ข้อดีข้อเสีย ดังนี้

ข้อดี ได้แก่ (1) สะดวกในการใช้งาน (2) ผ้าซีก
ทำความสะอาดสามารถนำมาใช้ซ้ำได้ (3) นุ่ม ไม่ระคาย
เคืองทำให้ผู้ป่วยเด็กสุขสบาย (4) ใช้ระยะเวลาในการ
ติดอุปกรณ์ผูกยึดน้อย (5) ยากต่อการแกะเพื่อประเมิน
การอักเสบหรือติดเชื้อบริเวณตำแหน่งแทงเส้น (6) ลด
ค่าวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการแทงน้ำเกลือ และ (7)
ส่งเสริมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

ข้อเสีย ได้แก่ ด้วยลักษณะการตัดเย็บผ้าเป็น
แบบผืนเดียวติดกันหมด ทำให้การนำไปผูกยึดบริเวณ
บริเวณที่แทงน้ำเกลือผ้ามักจะหลุดออกจากมือผู้ป่วย
เด็กได้ง่าย ไม่กระชับ เนื่องจากไม่มีตัวสำหรับล็อกให้
อยู่กับที่

1.3. นวัตกรรม Save IV Line รุ่นที่ 3
ปรับเปลี่ยนลักษณะการตัดเย็บผ้า โดยบริเวณปลายที่ใช้
ติดกับแถบหนามเตยแบ่งเป็นปลายผ้า 2 แฉก โดยมี
ลักษณะนวัตกรรมดังรูป ดังนี้



จากภาพประกอบ พบว่า จากการทดสอบผล
การใช้งานจริง นวัตกรรม Save IV Line รุ่นที่ 3 พบว่า
มีข้อดีตามรูปแบบนวัตกรรม Save IV Line รุ่นที่ 2 แต่
ยังพบข้อเสียด้านการเลื่อนหลุดถึงแม้ว่าจะมีการตัด
เย็บแบบใหม่แต่ยังไม่สามารถล็อกมือเด็กได้ดี

1.4. นวัตกรรม Save IV Line รุ่นที่ 4
ปรับเปลี่ยนลักษณะการตัดเย็บผ้าบริเวณปลายที่ใช้ติด

กับแถบหนามเตยแบ่งเป็นปลายผ้า 2 แฉก และมีกราดิตแถบหนามเตยแบบเฉียง เวลาติดเมื่อใช้งานใช้วิธีการติดแบบไขว้ โดยมีลักษณะนวัตกรรมดังรูป ดังนี้



จากภาพประกอบพบว่า จากการทดสอบผลการใช้งานจริง นวัตกรรม Save IV Line รุ่นที่ 4 พบว่า

สามารถป้องกันการเลื่อนหลุดของเข็มแทงน้ำเกลือได้ดี พบอัตราการเลื่อนหลุดลดลงจากร้อยละ 62.5 เป็นร้อยละ 16.67

วิธีการใช้นวัตกรรม Save IV Line

ใช้กับผู้ป่วยเด็กอายุแรกเกิดจนถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษาน้ำเกลือในโรงพยาบาล โดยกำหนดให้มีการเปลี่ยนผ้าผูกยึดวันละ 1 ครั้งในเวรเช้า หรือเปลี่ยนทุกครั้งกรณีที่ผ้าผูกยึดเปียกชื้นหรือสกปรก

2. การประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม Save IV Line

2.1 การเปรียบเทียบผลระหว่างคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการใช้นวัตกรรม Save IV Line อัตราการเลื่อนหลุด และระยะเวลาที่ใช้ในเตรียมอุปกรณ์และการผูกยึด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลอัตราการเลื่อนหลุดของเข็มแทงน้ำเกลือในผู้ป่วยเด็กระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ประสิทธิผลของนวัตกรรม Save IV Line	กลุ่มควบคุม (N=25)		กลุ่มทดลอง (N=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการเลื่อนหลุด	16	64.00	4	16.00

จากตารางที่ 1 พบว่า อัตราการเลื่อนหลุดของเข็มแทงน้ำเกลือในผู้ป่วยเด็กกลุ่มควบคุม เท่ากับร้อยละ 64.00 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 16.00

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลา (วินาที) ที่ใช้ในเตรียมอุปกรณ์และการผูกยึดน้ำเกลือระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 25)	177.16	16.44	-38.36	48	0.000***
กลุ่มทดลอง (n = 25)	45.04	5.10			

หมายเหตุ. *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในเตรียมอุปกรณ์และการผูกยึดน้ำเกลือระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 177.16 วินาที (SD=16.44) ส่วนกลุ่มทดลองเท่ากับ 45.04 วินาที (SD=5.10)

2.2 การเปรียบเทียบผลด้านราคาต้นทุนวัสดุอุปกรณ์

พบว่า ในการแทงน้ำเกลือแต่ละครั้งโรงพยาบาลมีต้นทุนด้านวัสดุและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ได้แก่ เข็มแทงน้ำเกลือ (Medicut) ชุดให้สารน้ำ (I.V. set) สายต่อชุดให้น้ำเกลือ (Extension tube) ข้อต่อ 3 ทาง (3-way) ผ้าก๊อซ (Gauze) และพลาสติก เป็นต้น ซึ่งจำนวนที่ใช้จะขึ้นอยู่กับความจำเป็นในการใช้วัสดุและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยแต่ละคน และจำนวนครั้งในการแทงเพื่อเปิดเส้นในแต่ละครั้ง ซึ่งจะมีต้นทุนอยู่ในช่วง

จำนวน 40-120 บาทต่อครั้ง หากมีการเลื่อนหลุดบ่อย ต้องแทงใหม่ก็ทำให้สิ้นเปลืองวัสดุและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์มากขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้นวัตกรรม Save IV Line มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเลื่อนหลุดของน้ำเกลือแล้วยังมีต้นทุนในการผลิตต่ำ โดยมีต้นทุนของอุปกรณ์และการตัดเย็บในราคาชิ้นละ 20 บาท และสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้อีกจนกว่าจะผ้าจะชำรุด แลบนามเตยมีคุณภาพลดลง หรือสกปรกจนไม่สามารถซักทำความสะอาดได้

2.3 การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก

ด้านพยาบาล มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม Save IV Line ได้ให้ความเห็นว่า นวัตกรรมดังกล่าว ช่วยให้พยาบาลไม่ต้องแก้งานหรือทำงานเดิมซ้ำๆ สามารถลดภาระงาน ลดระยะเวลาการทำงาน ลดข้อร้องเรียน ลดต้นทุนของโรงพยาบาล และสามารถแกะเพื่อประเมินตำแหน่งแทงเส้นว่ามีการอักเสบ ติดเชื้อบริเวณแทงเข็มได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานของการรักษาพยาบาลของหอผู้ป่วยใน สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการมากขึ้น

ด้านผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม Save IV Line ได้ให้ความเห็นว่า นวัตกรรมดังกล่าว ช่วยลดการเลื่อนหลุดของเข็มแทงน้ำเกลือ ทำให้ลูกนอนได้ดีขึ้นลูก ไม่ต้องถูกแทงน้ำเกลือบ่อย ไม่ร้องไห้ ไม่กลัวเจ็บ ไม่กลัวหมอ ไม่กลัวพยาบาล และรู้สึกมีความเชื่อมั่นในมาตรฐานการรักษาของทางโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ และเห็นความเอาใจใส่ผู้ป่วยของพยาบาลเป็นอย่างดี

สรุปและอภิปรายผล

การให้สารน้ำหรือยาชนิดทางหลอดเลือดดำเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วย¹ สำหรับผู้ป่วยเด็กการแทงน้ำเกลือจะมีความยุ่งยากมากกว่าผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเด็กจะเกิดความวิตกกังวล กลัว เครียด เจ็บปวด ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยเด็กส่วนมากมีพฤติกรรม

ต่อต้านและไม่ร่วมมือ ส่งผลให้เกิดความยากลำบาก และกระทบต่อผลสำเร็จในการทำหัตถการ¹⁵ ปัญหาที่พบบ่อยจากการแทงเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำในผู้ป่วยเด็กคือ การหลุดเลื่อนของวัสดุที่ใช้แทงเส้นเลือดดำ การพัฒนานวัตกรรม Save IV Line ผลของการพัฒนานวัตกรรมและการนำไปใช้ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจทั้งต่อผู้ป่วยเด็กโดยตรง ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล รวมถึงพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ยังช่วยลดต้นทุนของโรงพยาบาลได้อีกประการหนึ่ง โดยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

กระบวนการพัฒนานวัตกรรมและผลการทดสอบการใช้งานจริง ในการพัฒนานวัตกรรม Save IV Line มีการพัฒนาปรับปรุงนวัตกรรม และประเมินผลการใช้งานจริงกับผู้ป่วยเด็กอายุแรกเกิดจนถึง 6 ปี อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการ PDCA เพื่อให้ได้นวัตกรรมที่เหมาะสมกับการใช้งาน สะดวก เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญ อุปกรณ์สามารถนำมาใช้ซ้ำได้ โดยคำนึงถึงการใช้ประโยชน์จากสิ่งเหลือใช้ และนำขยะในโรงพยาบาลมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย จากผลการพัฒนานวัตกรรม พบข้อดี ได้แก่ (1) สะดวกในการใช้งาน ด้วยการใช้นวัตกรรมเพียงใส่กระดาดاخل่องน้ำเกลือในช่องของผ้าผูกยึดที่ตัดเย็บไว้ก็สามารถนำไปผูกยึดมือผู้ป่วยได้เลย (2) ผ้าซักทำความสะอาดสามารถนำมาใช้ซ้ำได้เมื่อใช้งานเสร็จส่วนที่เป็นกระดาดทิ้งขยะ ส่วนผ้าสามารถนำไปซักและใช้ซ้ำได้ (3) นุ่ม ไม่ระคายเคืองทำให้ผู้ป่วยเด็กสุขสบาย เนื่องด้วยทำจากผ้า และกระดาดจึงไม่ก่อให้เกิดการระคายเคือง หรือเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย ระบายอากาศได้ดีไม่อับชื้น สามารถเปลี่ยนได้ง่ายและบ่อยครั้งได้ตามความจำเป็น (4) ใช้ระยะเวลาในการติดอุปกรณ์ผูกยึดน้อย ใช้งานได้ง่าย สะดวก ลดขั้นตอนในการเตรียมอุปกรณ์การผูกยึด (5) ง่ายต่อการแกะเพื่อประเมินการอักเสบหรือติดเชื้อบริเวณตำแหน่งแทงเส้น และมีการกำหนดช่วงระยะเวลาการเปลี่ยนการเปลี่ยนผ้าผูกยึดวันละ 1 ครั้งในเวรเช้าหรือเปลี่ยนทุกครั้งกรณีที่ผ้าผูกยึดเปื่อยขึ้นหรือสกปรก จึงสามารถช่วยลดโอกาสในการอักเสบหรือติดเชื้อบริเวณที่แทงเข็มได้ (6) ลดค่าวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ใน

การแทงน้ำเกลือ ก่อนการพัฒนานวัตกรรมมีการใช้ผ้าก๊อสนุ่มกระด้างและใช้พลาสติกห่อติด นำมาใช้เป็นอุปกรณ์ในการผูกยึดมือบริเวณที่แทงน้ำเกลือเด็กแล้วใช้ผ้าก๊อสพันทับอีกครั้ง ตามด้วยติดพลาสติก วิธีดังกล่าวอุปกรณ์ทุกอย่างใช้แล้วทิ้ง ทำให้สิ้นเปลืองผ้าก๊อสและพลาสติกจำนวนมาก ส่วนนวัตกรรม Save IV Line มีต้นทุนของอุปกรณ์และการตัดเย็บต่ำในราคาชิ้นละ 20 บาท สามารถใช้ซ้ำจนกว่าจะผ้าจะชำรุด แลบนามเตยมีคุณภาพลดลง หรือสกปรกจนไม่สามารถซักทำความสะอาดได้ และ (7) ส่งเสริมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เพราะนวัตกรรมผลิตจากวัสดุเหลือใช้ในหน่วยงาน ได้แก่ การนำผ้าที่เหลือใช้ของโรงพยาบาลมาตัดเย็บเป็นผ้าสำหรับผูกยึด และมีช่องสำหรับใส่กระด้างซึ่งใช้กระด้างกล่องน้ำเกลือที่ถือเป็นขยะของโรงพยาบาลมาใช้ให้ผ้าผูกยึดคงรูปด้วยนวัตกรรมมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการผูกยึดน้ำเกลือของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าอัตราการเลื่อนหลุดลดลง เท่ากับร้อยละ 64.00 เป็นร้อยละ 16.00 ตามลำดับ และระยะเวลาที่ใช้ในเตรียมอุปกรณ์และการผูกยึดลดลงจาก 117.16 วินาที เป็น 45.04 วินาที ตามลำดับ นอกจากนี้นวัตกรรมยังมีหลากหลายขนาดสามารถเลือกขนาดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละรายได้ ทั้งนี้การพัฒนาวัตกรรมการต้องคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งานเป็นสำคัญ ต้องมีการพัฒนาปรับปรุง มีการประเมินผล ติดตามปัญหาจากการใช้งานของผู้ป่วย และนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้วัตกรรมการพัฒนาขึ้นสามารถก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้งานจริง¹⁶

ผลการพัฒนานวัตกรรม ประเด็นสำคัญที่สุดคือพัฒนาคุณภาพบริการ การดูแลและการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการให้น้ำเกลือของหอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยเด็กไม่ถูกแทงน้ำเกลือบ่อย ลดความเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การเลื่อนหลุด การอักเสบติดเชื้อบริเวณที่แทงเข็ม ซึ่งการที่ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับหัตถการเจาะ

เลือดหรือแทงน้ำเกลือ เด็กจะมีอาการหวาดกลัวร้องไห้ว้าวาย² ซึ่งจะสร้างความวิตกกังวลแก่ผู้ปกครอง รวมถึงการสร้างความคิดให้กับพยาบาลผู้ดูแลด้วย ดังนั้นนวัตกรรมดังกล่าวจึงสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก และยังเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ เพราะช่วยให้พยาบาลไม่ต้องแก้ไขงานซ้ำๆ ช่วยลดภาระงาน ลดระยะเวลาการทำงาน ลดโอกาสการเกิดข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ ในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ให้น้ำเกลือได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษานวัตกรรมอุปกรณ์ผูกยึดเข็ม IV (3 in 1) ที่พบว่า ผู้ปกครองผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์อยู่ในระดับมาก⁸ นอกจากนี้ยังช่วยโรงพยาบาลในด้านการต้นทุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลการให้น้ำเกลือในผู้ป่วยเด็กได้อีกประการหนึ่ง

นวัตกรรม Save IV Line เป็นนวัตกรรมที่มุ่งแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน และเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยในให้มีคุณภาพสูงขึ้น โดยนำนวัตกรรมไปใช้ในการผูกยึด IV หรือ Plug ในผู้ป่วยเด็กเพื่อลดอัตราการเลื่อนหลุด ลดระยะเวลาที่ใช้ในการ IV และป้องกันการอักเสบและการติดเชื้อของตำแหน่งแทงน้ำเกลือ โดยนวัตกรรมดังกล่าวผ่านทดสอบแล้วว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงในการทำงานประจำ ทั้งนี้หอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลอื่นสามารถนำไปเป็นแบบอย่างในการผลิตเพื่อใช้งานได้ ด้วยมีต้นทุนการผลิตนวัตกรรมต่ำ ผลิตจากวัสดุที่หาง่าย ใช้วัสดุเหลือใช้ในหน่วยงาน มีราคาถูกและการตัดเย็บง่าย

ข้อเสนอแนะ

นวัตกรรม Save IV Line เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำมาใช้ในการผูกยึดน้ำเกลือของผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ด้วยการพัฒนานวัตกรรมได้คำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งานเป็นสำคัญ นำไปใช้งานจริง มีการประเมินผล ติดตามปัญหาจากการใช้งานของผู้ป่วยและนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้หอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลอื่นสามารถนำไปเป็นแบบอย่างในการผลิตเพื่อใช้งานได้ ด้วยมีต้นทุนการผลิต

นวัตกรรมต่ำ ผลิตภัณฑ์หาง่าย ใช้วัสดุเหลือใช้ใน
หน่วยงาน มีราคาถูก และการตัดเย็บง่าย

ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลป่ง กลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนผู้ที่มีส่วน
เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งาน
นวัตกรรมนี้สำเร็จด้วยดี

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารอ้างอิง

- Peterson KA, Phillips AL, Truemper E, Agrawal S. Does the use of an assistive device by nurses Impact peripheral intravenous catheter insertion success in children? J Pediatric Nurs 2012; 27(2): 134-43.
- ทิพย์รัตน์ ไชยชนะแสง และพูลสุข ศิริพล. ผลของการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจต่อความเจ็บปวดจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2553; 33(4): 78-86.
- Lininger RA. Pediatric peripheral IV insertion success rate. Pediatr Nurs 2003; 29(5): 351-4.
- Hess HA. A biomedical device to improve pediatric vascular access success. Pediatr Nurs 2010; 36(5): 259-63.
- สาวิตรี เชี่ยวชาญกิจ, ดวงใจ มาละเงิน, กิจจาณัฐ ไพโรผ็อก, ภัชรินทร์ ช่างสันเทียะ, เกียรติรัฐ มงคลชาติ, นัยนัพร หัวดวง และคณะ. (2554). การจัดการความรู้: แนวปฏิบัติในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในเด็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2563] เข้าถึงจาก:
http://kcenter.anamai.moph.go.th:81/kmblog/webblog.php?ownerid=672&wbb_id=29
- Lloyd M, Urquhart G, Heard A and Kroese B. When a child says “no”: experiences of nurses working with children having invasive procedures. Journal of Pediatric Nursing 2008; 20(4): 29-34.
- จิราภรณ์ บุตรเจริญ. ถูมือวิเศษ. เอกสารเสนอโครงการนวัตกรรม ตักผู้ป่วยในโรงพยาบาลสร้างคอม.2553.
- กองแก้ว ย้วนบุญหลิม, ปิยธิดา รุ่งมัจฉา, ปราณี นิยมพาสี, ศุภางค์ ผาสุข, เฉลิมศรี พินิจเวชการ, วาสนา โพธิ์อุดม, ยุพิน เสี่ยงมพงษ์, อรทัย สมอบ้าน, จินดารัตน์ บริบูรณ์, จันร์แรม เกิดทอง และสุภาภรณ์ ศรีจันทร์. นวัตกรรมอุปกรณ์ผูกยึดแขนหรือขาผู้ป่วยเด็กกระหว่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ. เอกสารประกอบการเสนอผลงานหอผู้ป่วยสามัญ-พิเศษรวมหญิง 10 และเด็กโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. 2554.
- สุกัญญา ชารสินธุ์, อลงกรณ์ ทิพรัักษ์ และสุพวรรณ ชนะภู. การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรม “อุปกรณ์ผูกยึดเข็ม IV (3 in1)” ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก 2562; 489-499.
- Deming W. PDCA cycle a quality approach. Cambridge: MA MIT. 1993.
- Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychol Bul 1992; 112(1): 155-159.
- Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Burns N and Grove S. (2009) The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th Edition, Saunders Elsevier, St. Louis.
- Gupta R, Dutta TK, Kundu SS, Chatterjee A, Gautam M and Sarkar S. Nutritional evaluation of tree leaves of Ayodhya Hills of Purulia District, West Bengal. Indian J. Anim. Nutr 2016; 33(4): 404-410
- นกกันท์ เขม้นการ. หัตถการแทงน้ำเกลือผู้ป่วยเด็ก: กลยุทธ์การพยาบาลสู่ความสำเร็จ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(2),131-139.
- พิสิษฐ์ สมงาม และณิรุช วงศ์เจริญ. นวัตกรรมเชิงเลื่อนเพื่อนผู้พิการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(3), 460-467.

ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจ
ราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566

Satisfaction of government inspectors and supervisors of the district health service
network Concerning government inspection and work supervision, normal cases,
Trang Provincial Public Health Office, fiscal year 2023.

(Received: June 19,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 26,2024)

เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์¹

Chalerm Katpongpun¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 289 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจ ด้วยสถิติ Independent Samples T-test และ One-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 ภาพรวมระดับมาก (Mean=4.31,S.D.=0.49) และรายด้านระดับมาก ได้แก่ ด้านความรู้ (Mean=4.44,S.D.=0.50) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล(Mean=4.34, S.D.=0.51) ด้านกระบวนการตรวจราชการและนิเทศงาน (Mean=4.25,S.D.=0.54) และด้านทักษะ (Mean=4.23,S.D.= 0.56) ตามลำดับ การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.49$, Sig.=0.136) ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาการตรวจราชการและนิเทศงาน ได้แก่ ประเด็นรูปแบบ กระบวนการ ร้อยละ 36.28 ประเด็นช่วงเวลา ร้อยละ 32.24 และประเด็น หัวข้อ ตัวชี้วัด ร้อยละ 12.90 ตามลำดับ

คำสำคัญ : ความพึงพอใจ, การตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

Abstract

This study was survey research. This section was for researching the opinions between personal factors and the opinions and controls of shareholders, parents, and supervisors of the district health service network at to the director and supervisor of normal laboratory work, Trang Provincial Municipality Office, fiscal year 2023. The sample group was a survey of 289 parents and supervisor of the district health service network. The research tool is an online questionnaire consisting of 3 parts: personal factors, satisfaction, and suggestions of government inspectors and supervisors of the district health service network. Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation, find differences in personal factors and satisfaction with Independent Samples T-test and One-way ANOVA statistics.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

The research results found that The sample group had a high level of satisfaction with government inspection and supervision in the normal case, Trang Provincial Public Health Office, fiscal year 2023, overall. (Mean=4.31,S.D.=0.49) and high level aspects include knowledge aspect (Mean=4.44,S.D.=0.50), personal characteristics aspect (Mean=4.34, S.D.=0.51), government inspection process and work supervision. (Mean=4.25,S.D.=0.54) and skills (Mean=4.23,S.D.= 0.56) respectively. Personal factors and satisfaction of government inspectors and supervisors of district health service networks were not different ($t = 1.49$, Sig.=0.136) and suggestions for improving and developing government inspection and supervision, including format issues, processes (36.28 percent),time issues (32.24 percent),and issues, topics, and indicators (12.90 percent), respectively.

Keywords : Satisfaction, government inspection and supervision of district health service networks

บทนำ

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 มาตรา 9 (3) กำหนดให้ส่วนราชการต้องจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนปฏิบัติราชการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ส่วนราชการกำหนดขึ้น ซึ่งต้องสอดคล้องกับมาตรฐานที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) กำหนด และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ “การตรวจราชการ” เป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งของการบริหารราชการแผ่นดินที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจต่างๆของภาครัฐ รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าในการปฏิบัติงานหรือจัดทำภารกิจของหน่วยงาน ดังนั้น การตรวจราชการและนิเทศงานถือเป็นการประเมินผลการดำเนินงานประเภทหนึ่งของส่วนราชการในการบริหารราชการแผ่นดิน ปีงบประมาณ 2566 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานในประเด็นสำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) Agenda based (นโยบาย

รัฐบาลผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) 2) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) 3) Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) และ4) การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี โดยการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดินที่มุ่งผลสัมฤทธิ์เชิงยุทธศาสตร์ และการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี เป็นการตรวจติดตามเรื่องที่เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลในด้านสุขภาพ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และแผนงาน โครงการสำคัญต่างๆ รวมถึงการตรวจราชการในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องความเดือดร้อนเสียหายแก่ประชาชนและมุ่งเน้นการรายงานผลงานที่แสดงถึงผลสัมฤทธิ์ของหน่วยรับตรวจ กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งเขตการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวงออกเป็น 12 เขตสุขภาพโดยเขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส กำหนดการออกตรวจราชการและนิเทศงาน อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง¹

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เป็นหน่วยงานราชการในส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ การ

กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดให้เป็นไปตามกฎหมาย การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีหน่วยงานในสังกัดประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 10 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 125 แห่ง ปีงบประมาณ 2566 ได้จัดทำแผนปฏิบัติราชการการพัฒนาสุขภาพจังหวัดตรังที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์นโยบายระดับต่างๆ และสภาพปัญหาในพื้นที่จังหวัดตรัง ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion & Prevention Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4) ด้านบริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้ 7 แผนงาน 30 โครงการ 35 ตัวชี้วัด เป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพจังหวัดตรังในพื้นที่ทุกระดับให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และเพื่อให้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข นโยบายสำคัญต่างๆ ของรัฐบาล กระทรวง เขตสุขภาพ และแผนปฏิบัติราชการการพัฒนาสุขภาพจังหวัดตรังให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ได้ประยุกต์การตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข เป็นกรอบแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับทราบแผนพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพ ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค พร้อมรับฟังความ

คิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ แก่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ คณะตรวจราชการและนิเทศงาน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงาน เป็นคณะผู้ตรวจนิเทศงาน มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง เป็นประธานคณะตรวจประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานเน้นแผนปฏิบัติราชการการพัฒนาสุขภาพจังหวัดตรัง และนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเป็นประเด็นหลัก กำหนดแผนออกตรวจราชการและนิเทศงานอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้งๆ ละ 10 วันๆ ละ 1 เครือข่ายบริการสุขภาพ แบ่งเวลาออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงเช้ารับฟังการนำเสนอความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในภาพรวมของเครือข่ายบริการสุขภาพ ช่วงบ่ายลงตรวจเยี่ยมเสริมพลังแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง/เครือข่ายบริการสุขภาพ และสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานโดยตัวแทนแต่ละประเด็น พร้อมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ และมีการประชุมสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 ในภาพรวมให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ²

ดังนั้น การตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ถือเป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บรรลุตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบหมวด 3 ที่ว่าด้วยการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียข้อ (8) ได้กำหนดให้ส่วนราชการมีการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อ

นำไปพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการ โดยผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานถือว่าเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ³ และจากการศึกษาการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ได้มีการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเป็นประจำทุกปี แต่ยังไม่ได้มีการประเมินความพึงพอใจผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบชัดเจน และจากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ สรุปได้ว่าการสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นแก่บุคลากรขององค์กรเป็นสิ่งที่ควรกระทำให้เกิดขึ้นเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เกิดความทุ่มเทให้กับงาน ทำงานอย่างมีความสุขก่อให้เกิดความสำเร็จหรือบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบงานการตรวจราชการและนิเทศงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จึงมีความสนใจต้องการศึกษาความพึงพอใจ และความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 เพื่อนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลประกอบการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นกลไกสำคัญสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาด้านสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมุ่งสู่เป้าหมาย “ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)¹

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566
3. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงาน จำนวน 400 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างโดยกำหนดเกณฑ์ ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ที่เข้ารับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ กรณีปกติ จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 ที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่เข้ารับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ กรณีปกติ จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อ การตอบแบบสอบถาม และผู้ที่มีปัญหาทางด้านระบบการติดต่อสื่อสารแบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ที่เข้ารับการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 289 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้างนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 289 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3

ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา มีค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.966 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจ ด้วยสถิติ Independent Samples T-test และ One-way ANOVA

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 289 คน พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 69.20 เพศชาย ร้อยละ 30.80 กลุ่มช่วงอายุระหว่าง 46–55 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.10 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 78.90 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 93.78 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 39.45 ส่วนใหญ่เป็นระดับชำนาญงาน/ชำนาญการ ร้อยละ 69.55 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 47.75 ส่วนใหญ่สังกัดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสีแกมมากที่สุด ร้อยละ 14.18 มีประสบการณ์การทำงานด้านการตรวจราชการและนิเทศงานมากกว่า 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62.63 ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบล และเป็นผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดเท่ากัน คือ ร้อยละ 28.00

2. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 พบว่า โดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก (Mean=4.31, S.D.= 0.49) เมื่อ

พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า 1) ด้านความรู้ของผู้ทำหน้าการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.44, S.D.=0.50) รองลงมา คือ 2) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ (Mean=4.34, S.D.=0.51) และ 3) ด้านกระบวนการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ (Mean=4.25, S.D.= 0.54) ตามลำดับ สำหรับระดับความพึงพอใจที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 4) ด้านทักษะของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ (Mean=4.23, S.D.=0.56)

3. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 โดยภาพรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน ดังนี้ จำแนกตาม เพศ ($t = 1.49$, Sig.=0.136) อายุ ($F = 2.286$, Sig.= .060) ระดับการศึกษา ($F = .339$, Sig.= .797) ตำแหน่งงาน ($F = .820$, Sig.=.647) ระดับตำแหน่ง ($F = .358$, Sig.=.839) หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ($F = 1.189$, Sig.=.306) สังกัดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ($F = .973$, Sig.=.462) ประสบการณ์ด้านการตรวจราชการและนิเทศงาน ($F = 1.444$, Sig.=.230) และบทบาทหน้าที่ปฏิบัติงานการตรวจราชการและนิเทศงาน ($F = 1.391$, Sig.=.218) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 จำแนกออกเป็น 5 ประเด็นสำคัญๆ คือ 1) ประเด็นรูปแบบกระบวนการตรวจราชการและนิเทศงาน ร้อยละ 36.28 มากที่สุด รองลงมา คือ 2)

ช่วงเวลาการตรวจราชการและนิเทศงาน ร้อยละ 32.24 และ 3) ประเด็นหัวข้อ ตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงาน ร้อยละ 12.90 ตามลำดับ และหากพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เรื่องที่มีการเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาการตรวจราชการและนิเทศงานมากที่สุด คือ 1) เรื่องการสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานให้สั้นกระชับตรงประเด็นปัญหา ใช้เวลาไม่นาน ร้อยละ 11.29 รองลงมา คือ 2) เรื่องระยะเวลาการตรวจราชการและนิเทศงาน 1 วัน มีความเหมาะสมแล้ว ร้อยละ 9.67 และ 3) เรื่องการ ใช้สื่อประกอบการนำเสนอสรุปผลการตรวจราชการ ร้อยละ 8.87 และ 4) เรื่องการแจ้งสรุปผลการตรวจให้หน่วยรับการตรวจทราบเป็นหนังสือร้อยละ 8.87 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 ผู้วิจัยมีประเด็นการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้ดังนี้

1. ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพมีความรู้ มีความเข้าใจในประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานที่รับผิดชอบ เนื่องจากได้รับการการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจจากระดับกระทรวง อีกทั้งมีคุณลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์การทำงาน มีคุณวุฒิวิสัยทัศน์ที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะมีการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจ

กระบวนการ รูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงาน เครือข่ายบริการสุขภาพแก่ผู้รับการตรวจราชการ และนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพและการประสานงานก่อนล่วงหน้า มีการรับฟังปัญหา ความคิดเห็นของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงาน เครือข่ายบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ จังหวัดที่มีต่อผู้นิเทศในการตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข⁴ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัดภาพรวมจัดอยู่ใน ระดับมาก และสอดคล้องกับ ศึกษาความพึงพอใจ ของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของ โรงพยาบาลธนบุรี⁵ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมี ระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของ โรงพยาบาลธนบุรี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และ สอดคล้องกับศึกษาแรงจูงใจและความพึงพอใจใน การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้าน แพ้ว (องค์การมหาชน)⁶ ผลการศึกษาพบว่า ระดับ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ มีระดับคะแนนความพึงพอใจทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับ มาก และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการ ในแผนกอายุรกรรมโรคมะเร็ง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว⁷ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ บริการในแผนกอายุรกรรมโรคมะเร็ง โรงพยาบาล บ้านแพ้ว โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งสามารถ จำแนกความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและ นิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีต่อการตรวจ ราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 รายด้าน ได้ดังนี้

1.1 ด้านความรู้ของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ และนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่าย บริการสุขภาพระดับอำเภอ มีความพึงพอใจใน

ภาพรวมระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ทำหน้าที่ ตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ มีความรู้ในหลักการ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน อีกทั้งอธิบายชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การ ติดตามกำกับ และการประเมินผล นอกจากนี้อาจ เป็นเพราะสามารถอธิบายชี้แจงแนวทาง มาตรการ การดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการและ นิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วิรัช ประวันเตาและคณะ⁴ พบว่า ความพึงพอใจด้านความรู้ระดับมาก ประเด็นด้าน ความรู้ที่พึงพอใจสูงสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับงาน/เรื่อง ที่นิเทศ ความรู้เรื่องเป้าหมายตัวชี้วัด/แผนงานเรื่องที่ นิเทศ

1.2 ด้านทักษะของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ และนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่าย บริการสุขภาพระดับอำเภอมีความพึงพอใจใน ภาพรวมระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ทำหน้าที่ ตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการสื่อสาร ถ่ายทอดความรู้ ตามประเด็นการตรวจ ราชการและนิเทศงาน อีกทั้งอธิบายการวิเคราะห์ สถานการณ์ ระบุปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ และนิเทศงานได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ ข้อเท็จจริงของพื้นที่ นอกจากนี้อาจเป็นเพราะให้มี การซักถาม ค้นหา เพื่อให้ได้ข้อมูล ข้อเท็จจริงตาม ประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงาน ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัช ประวันเตา และ คณะ⁴ พบว่า ความพึงพอใจด้านทักษะระดับมาก ประเด็นด้านทักษะที่พึงพอใจสูงสุด คือ ความคิดรวบ ยอดและสรุปเชิงประเด็นของผู้นิเทศ การวิเคราะห์ สถานการณ์ ระบุปัญหาที่พบจากการดำเนินการของ จังหวัดได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับข้อเท็จจริงพื้นที่

1.3 ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ทำหน้าที่ ตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับการตรวจราชการและนิเทศ

งานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีความพึงพอใจ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ มีประสบการณ์การทำงานที่เพียงพอ อีกทั้งมีคุณสมบัติ วิทยุติที่เหมาะสมน่าเคารพนับถือ นอกจากนี้อาจเป็นเพราะการมีสัมมาคารวะ รู้จักกาลเทศะ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัช ประวันเตา และคณะ⁴ พบว่า ความพึงพอใจด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลระดับมาก ประเด็นด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่พึงพอใจสูงสุด คือ การมีสัมมาคารวะ รู้จักกาลเทศะ และประสบการณ์ที่เพียงพอ

1.4 ด้านกระบวนการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีความพึงพอใจด้านกระบวนการตรวจราชการและนิเทศงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพในครั้งนี้เกิดประโยชน์ต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ อีกทั้งการรับฟังข้อมูล แสดงความคิดเห็น หรือสอบถามปัญหาของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงาน นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะรูปแบบการการตรวจราชการและนิเทศงาน การนำเสนอสรุปผลการตรวจฯ มีความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัช ประวันเตา และคณะ⁴ พบว่า ความพึงพอใจด้านกระบวนการระดับมาก ประเด็นด้านกระบวนการที่พึงพอใจสูงสุด คือ การรับฟังข้อมูล แสดงความคิดเห็น สอบถามปัญหาของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงาน ช่วงเวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจราชการและนิเทศงานมีความเหมาะสม การนำเสนอสรุปผลการตรวจแบบสะท้อนกลับ และการตรวจราชการและนิเทศงานเกิดประโยชน์ต่อหน่วยรับตรวจ

2. ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ตำแหน่งงาน ระดับ

ตำแหน่ง หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ประสบการณ์ด้านการตรวจราชการและนิเทศงาน และบทบาทหน้าที่ปฏิบัติงานการตรวจราชการและนิเทศงานของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพกับความพึงพอใจที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 พบว่า ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาเรื่องปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร⁸ ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ด้านการนิเทศงานที่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของการนิเทศงานไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ทำการปกครองจังหวัดฉะเชิงเทรา⁹ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ทำการปกครองจังหวัดฉะเชิงเทรา 10 ด้าน จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของบุคลากร ที่แตกต่างกันไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของบุคลากรที่ทำการปกครองจังหวัดฉะเชิงเทรา และสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อระบบสาธารณสุขปโภคภายในอาคารสำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี¹⁰ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการที่มีต่อระบบสาธารณสุขปโภคภายในอาคารสำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจต่อระบบสาธารณสุขปโภคภายในอาคารสำนักงานอธิการบดีไม่แตกต่างกัน

3. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาการตรวจราชการและนิเทศงานประเด็นที่มากที่สุด คือ ประเด็นรูปแบบกระบวนการตรวจราชการและนิเทศงาน ได้แก่ การสรุปผลการตรวจราชการ

และนิเทศงานให้สิ้นกระชับ ตรงประเด็นปัญหา ใช้เวลาไม่นาน รองลงมา คือ ประเด็นช่วงเวลาการตรวจราชการและนิเทศงาน ได้แก่ ระยะเวลาการตรวจราชการและนิเทศงาน 1 วัน มีความเหมาะสมแล้ว การใช้สื่อ Power point สุขภาพเป็นอย่างไร มีจุดเด่นอย่างไร มีจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขตรงประเด็นไหนบ้าง วิธีการแก้ไขควรเป็นอย่างไร เพื่อจะได้สั่งการหรือแจ้งให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการแก้ไขปรับปรุงต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวิรัช ประวันเตา และคณะ⁴ พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบกระบวนการนิเทศในภาพรวมที่พึงพอใจสูงสุด คือ การรับฟังข้อมูล ปัญหาของผู้รับการนิเทศ รองลงมา คือ ระยะเวลาในการตรวจนิเทศงานมีสอดคล้องเหมาะสมกับปริมาณงานที่ตรวจนิเทศ และการนำเสนอสรุปผลและรายงานสรุปผลการตรวจนิเทศแบบย้อนกลับให้หน่วยรับการตรวจนิเทศได้รับทราบผลด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ครั้งนี้

1.ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้าง ความพึงพอใจให้แก่ผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยภาพรวมและรายด้าน เพื่อให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยและระดับความพึงพอใจที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ 1) ด้านทักษะของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ถ่ายทอดความรู้ การซักถามเพื่อให้ได้ข้อมูล

ข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สถานการณ์ระบุปัญหาที่พบจากการตรวจราชการและนิเทศงานได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับข้อเท็จจริงของพื้นที่ ความคิดรวบยอด การสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานได้ถูกต้อง สอดคล้องกับสภาพปัญหาข้อเท็จจริงของพื้นที่ และการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับพื้นที่ 2) ด้านกระบวนการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรมีการปรับปรุงแก้ไขพัฒนากระบวนการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้แก่ การประสานงานก่อนล่วงหน้าในช่วงเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม การรับฟังข้อมูล การแสดงความคิดเห็นหรือสอบถามปัญหาของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงาน ช่วงเวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจราชการและนิเทศงานที่มีความเหมาะสม รูปแบบการนำเสนอสรุปผลที่มีความเหมาะสม และประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจราชการและนิเทศงาน

2.ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ตำแหน่งงาน ระดับตำแหน่ง หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ประสพการณ์ด้านการตรวจราชการและนิเทศงาน และบทบาทหน้าที่ด้านการตรวจราชการและนิเทศงานของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพกับความพึงพอใจที่มีต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพมีความเป็นเอกภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด และมีระดับความพึงพอใจระดับมาก คือ ด้านความรู้ และด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ

จะต้องยกระดับการพัฒนาให้มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี โดยให้สามารถจำแนกระดับความพึงพอใจได้รายอำเภอ กลุ่มวิชาชีพสายหลักและสายงานสนับสนุน และจำแนกรายประเด็น หัวข้อ ตัวชี้วัดของการตรวจราชการและนิเทศงาน เป็นต้น
2. ควรมีการสอบถามประเด็นที่ผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงานยังไม่พึงพอใจร่วมด้วย เพื่อ

เป็นข้อมูลนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการตรวจราชการและนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังต่อไป

3. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจกับผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานเครือข่ายบริการระดับอำเภอ
4. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด กรณีปกติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
5. ควรศึกษาการพัฒนาสมรรถนะของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังที่พึงประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2566 จาก <https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/>
2. กฎกระทรวงว่าด้วยการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง.กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560. (2560, มิถุนายน 14).ราชกิจจานุเบกษา, 134 ,(64 ก),12
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2552). เกณฑ์พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2552 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: วิชั่นพรีนซ์ แอนด์มีเดีย จำกัด.
4. วิรัช ประวันเตา, และจามจุรี เพียรทำ. (2566). ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัดที่มีต่อผู้นิเทศในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(1), 165-175
5. ช่อดาว เมืองพรหม. (2562). ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลธนบุรี (ปริญาญรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยสยาม.
6. เพ็ญพิชชา ล้วนดี, และเยาวลักษณ์ อ่ำราไพ. (2558). ศึกษาแรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). วารสารเกื้อการุณย์, 22(1), 48-59
7. บุษราคัม แก้วกระจ่าง. (2558). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในแผนกอายุรกรรมโรคมะเร็ง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (ปริญาญวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
8. ธเนศ โชคพระสมบัติ. (2566). ศึกษาเรื่องปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(2), 119-129
9. พรเทพ นวไพบูลย์. (2566). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ทำการปกครองจังหวัดฉะเชิงเทรา. Procedia of Multidisciplinary Research, 1(7), 1-8
10. อิทธิพัทธ์ จันทรสาคร. (2565). ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อระบบสาธารณสุขปภคภายในอาคารสำนักงาน อธิการบดี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล

จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2564-2566

The Efficiency of Hospital Financial Management

in NongBuaLamPhu Province, Fiscal year 2021-2023.

(Received: June 19,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 26,2024)

สง่า ไชยนา¹Sanga Chaiyana¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง และวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดหนองบัวลำภู ช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 6 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการดำเนินงานกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ของโรงพยาบาล ตามรายชื่อในคำสั่งที่แต่งตั้งปีงบประมาณ 2566 ทั้งหมด 72 คน ได้รับการตอบกลับ 69 คน (ร้อยละ 95.83) เก็บข้อมูลทางการเงินการคลังของโรงพยาบาล เพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดด้านการบริหารการเงินการคลัง จากเว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านการบริหารจัดการการเงิน การคลัง กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ด้วยสถิติอนพารามตริก Spear mann's correlations และ Linear Regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลัง ปี 2564 -2566 พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งไม่มีวิกฤติด้านการเงิน โดยมีความเสี่ยงวิกฤติการเงินในระดับปกติ – ระดับต่ำ (ระดับ 1-2) คะแนนประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 7 Plus efficiency score ไม่ผ่านเกณฑ์ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน จากการวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์การเงินการคลัง พบว่า ทุกโรงพยาบาลมีแนวโน้มสัดส่วนรายได้ต่อค่าใช้จ่าย (I/E Ratio) ลดลงทุนสำรองสุทธิ (NWC) และเงินบำรุงคงเหลือสุทธิหลังหักหนี้ (HMBRD) ลดลง ส่วนแนวโน้มการผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 7 Plus efficiency score ดีขึ้นเล็กน้อย ผลประเมินกิจกรรมการบริหารการเงินการคลัง ตามการรับรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ CFO มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด (4.25-5.00) ทั้ง 5 ด้าน และพบว่า ด้านการกำกับติดตามและประเมินผล มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.01

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง, การบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล

Abstract

This survey research aimed to study financial management efficiency and factors associated with financial management efficiency of Hospitals In NongBuaLamPhu Province, by fiscal year 2021 – 2023. The sampling included 69 financial management committee of all hospitals in NongBuaLamPhu Province. Data were collected by using financial critical analysis table and questionnaires. Statistical analysis employed percentage, mean, standard deviation, Spear mann's correlations and Linear Regression.

The results revealed that no financial crisis in any hospital. Financial management efficiency evaluation results: 7 Plus efficiency score does not pass the criteria. Every hospital has a trend of decreasing income to expense ratio (I/E Ratio), net-working capital (NWC) and net maintenance fund after deducting debt (HMBRD) decreasing. As for the tendency to pass the evaluation criteria, the 7plus efficiency score were slightly better. Perceived of financial efficiencies management activities were founded in high level of all five indices. Structural and organizing factors, Strategic setting factors, operating system factors, financial staff & skill development factors, and evaluations &

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

control factors were founded in high level. Only evaluations & control factors were founded associated with financial management efficiency at statistically significant P-value < 0.01.

Keywords: Financial management efficiency, Hospital financial management

บทนำ

ปัจจุบันประเทศต่างๆ มีการพัฒนาและปฏิรูประบบบริการและการคลังสุขภาพ เพื่อมุ่งให้เกิดประสิทธิภาพด้านบริการสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศ โดยใช้หลักการพัฒนาระบบสุขภาพตามองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ส่วน (six building blocks of Health system) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล¹

การบริหารโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไร เป็นเป้าหมายของโรงพยาบาลในการจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล คือโรงพยาบาลมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย หากโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายมากกว่ารายได้น่าจะทำให้เกิดภาวะขาดทุนของโรงพยาบาลได้² ตั้งแต่ปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยบริการ โดยกำหนดให้มีตัวชี้วัดในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ ลดจำนวนหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤตการเงินเรื้อรัง ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ต่อมาในปีงบประมาณ 2561-2563 กำหนดให้มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงินวิกฤตระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ส่วนในปีงบประมาณ 2564-2566 ไม่เกินร้อยละ 2 และมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน ไม่เกินร้อยละ 20³

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2560 เป็นปีแรกที่ได้เริ่มต้นความร่วมมือภายใต้คณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ และระดับเขต (คณะกรรมการ 7X7 และคณะกรรมการ 5X5) ระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อร่วมกัน

แก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในการจัดสรรและกระจายงบประมาณไปยังหน่วยบริการได้อย่างเหมาะสม⁴ จังหวัดหนองบัวลำภู ในปี 2561 พบว่า มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 จำนวน 3 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 50 มีภาวะเสี่ยงวิกฤตการเงิน ระดับ 6 จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.67 ในปี 2562 - 2563 พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่ง ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีภาวะเสี่ยงวิกฤตการเงินอยู่ในระดับ 1 - 2 จำนวน 6 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100⁵

อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี 2563 - 2565 ได้มีปรากฏการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คุกคามไปทั่วประเทศ มีผู้ติดเชื้อและป่วยยืนยันจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในหลายมิติ และปรากฏการณ์สำคัญในปี 2564 - 2566 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการได้ อาทิ การบรรจุแต่งตั้งข้าราชการอัตราตั้งใหม่ แก่บุคลากรของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านหน้า ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนกว่า 38,105 อัตรา⁶ การออกระเบียบค่าตอบแทนใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ทำให้หน่วยบริการต้องจ่ายค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8 และค่าเวรผลัดบ่ายดึก ร้อยละ 50 การกำหนดรูปแบบการจ่ายเงินใหม่ของ สปสช.โดยเน้นจ่ายตามผลงานระบบ Fee schedules โดยมีระบบการตรวจสอบก่อนและหลังการ กำหนดเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ และนอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นกับระบบบริการสาธารณสุขของจังหวัดหนองบัวลำภูในปี 2566 คือการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปอยู่ภายใต้สังกัดขององค์การ

บริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 83 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมดอีกด้วย

เพื่อลดความเสี่ยงวิกฤติทางการเงิน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำเป็นต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดแนวทางการบริหารด้านงบประมาณ หรือการบริหารด้านการเงินการคลังให้แก่หน่วยบริการ นอกจากการได้รับงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินการแล้ว สิ่งหนึ่งที่สำคัญคือประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการคลังของโรงพยาบาลที่ต้องมีมาตรการในการขับเคลื่อน รวมถึงการมีเครื่องมือเพื่อเฝ้าระวังทางการเงินการคลัง เครื่องมือประเมินผลการดำเนินงาน

จากแนวทางดังกล่าว กลุ่มงานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมีภารกิจรับผิดชอบงานบริหารจัดการการเงินการคลังของหน่วยบริการในระดับจังหวัด โดยมีบทบาทขับเคลื่อนนโยบายและด้านการประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง และสนับสนุนการดำเนินงานแก่หน่วยบริการ รวมถึงการวิเคราะห์ฐานการเงินการคลังควบคู่กับการประเมินผลการดำเนินงานทางการเงิน เพื่อให้หน่วยบริการสามารถคาดการณ์รายได้ที่พึงได้รับ และค่าใช้จ่ายที่พึงจ่ายที่เกิดจากการดำเนินงานอันจะส่งผลให้หน่วยบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง และวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดหนองบัวลำภู ช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2566 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 6 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเก็บข้อมูลทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดด้านการบริหารการเงินการคลัง จากเว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวง

ทราบทิศทาง ของแนวโน้มผลประกอบการ การรับรู้ภาระหนี้สินที่มีอยู่สำหรับวางแผนชำระหนี้้อย่างเหมาะสม และนำผลการวิเคราะห์ทางการเงินมาใช้ในการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล และแนวโน้มสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2564 – 2566 เพื่อนำผลจากการศึกษามาคาดการณ์แนวโน้มการเงินการคลัง เพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันความเสี่ยงทางการเงินการคลังของหน่วยบริการ และวางแผนพัฒนาปรับปรุงให้การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ของโรงพยาบาล ในจังหวัดหนองบัวลำภู ให้เกิดประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน ต่อเสถียรภาพทางการเงินของหน่วยบริการแต่ละแห่งต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์การเงินการคลัง และประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2564 – 2566 และความสัมพันธ์กับการดำเนิน กิจกรรมการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการดำเนินกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาล ตามรายชื่อคำสั่งที่แต่งตั้งในปีงบประมาณ 2566 ทุกคน จำนวน 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลประชากรทั้งหมด ประชากรสถิติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนลูกข่าย ระดับโรงพยาบาล และจำนวนบุคลากรสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ กรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ผู้ตอบ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูล เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส วิชาชีพ ระยะเวลาการทำงาน ที่ CFO และประสบการณ์การได้รับความรู้ด้านการบริหารการเงินการคลัง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลประเมินกิจกรรมด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ตามการมีส่วนร่วมและการรับรู้ของกรรมการผู้ให้ข้อมูล มีทั้งหมด 5 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขึ้นจากการ ทบทวนแนวทางการดำเนินงานด้านบริหารจัดการ การเงินการคลังในหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2564 และ 2566 นโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566 และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป็นกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการบริหาร จัดการการเงินการคลัง ประกอบด้วย 1) ด้านการจัด องค์การรับผิดชอบการดำเนินงาน ประกอบด้วยข้อ คำถาม 2 ข้อ 2) ด้านการกำหนดนโยบายและ มาตรการการดำเนินงาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ 3) ด้านการกำหนดและสื่อสารเป้าหมายตัวชี้วัด การดำเนินงาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ 4) ด้าน การดำเนินกิจกรรมพัฒนางานบริหารการเงินการคลัง ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ และ 5) ด้านการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบเก็บข้อมูลการบรรลุปเป้าหมายตัวชี้วัดด้านการบริหารการเงินการคลัง ซึ่งผู้วิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการบรรลุ เป้าหมายตัวชี้วัดด้านการบริหารการเงินการคลังของ โรงพยาบาล ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จากเว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่อื่นเกี่ยวข้อง โดยข้อคำถามในส่วนที่ 3 ใช้ระดับการวัดรายข้อเป็นมาตรวัดอันดับแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ท้ายแบบสอบถามมี

คำถามเปิดจำนวน 1 ข้อ เพื่อให้แสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำมากำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และดำเนินการสร้างข้อคำถามของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามข้อมูลประเมินกิจกรรมด้านการบริหาร การเงินการคลังของโรงพยาบาล ตามการมีส่วนร่วม และการรับรู้ของกรรมการบริหารการเงินการคลังที่เป็นผู้ให้ข้อมูล หลังจากผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถาม แล้ว จากนั้นนำไปขอความคิดเห็นจากผู้รับผิดชอบ งานควบคุมภายใน ผู้รับผิดชอบงานการเงินการบัญชี เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ และผู้รับผิดชอบ งานชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ในระดับจังหวัด เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครบถ้วน ถูกต้องของเนื้อหากิจกรรมการดำเนินงาน จากนั้น นำไปตรวจสอบความตรง (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อดูความชัดเจน ความถูกต้อง เหมาะสมของภาษาที่ใช้ การวัดได้ตามสิ่งที่ต้องการ วัดเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ นำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index : IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.60-1.00 เพื่อนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา เป็น ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพโรงพยาบาล และ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารโรงพยาบาลที่ไม่ได้เป็นกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (ความสอดคล้องกัน ของผลที่ได้จากการวัดแต่ละครั้ง) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency method) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความ เชื่อถือแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม = .92

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านการบริหารจัดการการเงินการคลัง กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ด้วยสถิติอนพาราเมตริก Spear mann's correlations และ Linear Regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่ 51/2566 เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566 และดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 – เมษายน 2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.32 อายุเฉลี่ย 47.87 ± 8.15 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ร้อยละ 66.67 อาชีพส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 26.09 รองลงมาเป็นแพทย์ ร้อยละ 17.39 ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.07 มีประสบการณ์เป็นคณะกรรมการ บริหารการเงินการคลัง 5 ปีขึ้นไป และ ร้อยละ 73.91 เคย

ได้รับการพัฒนาความรู้การบริหารการเงินการคลังมาแล้ว 1-2 ครั้ง

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลัง ปี 2564 -2566 พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งไม่มีวิกฤติด้านการเงิน โดยมีความเสี่ยงวิกฤติการเงินในระดับปกติ – ระดับต่ำ (ระดับ 1 – 2) แนวโน้มเงินบำรุงคงเหลือสุทธิ (หักหนี้แล้ว) ของโรงพยาบาล ในจังหวัดหนองบัวลำภู ตั้งแต่ปี 2564 – 2566 พบว่า ภาพรวมโรงพยาบาล มีแนวโน้มของเงินบำรุงคงเหลือสุทธิ(หักหนี้แล้ว) ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากในปี 2564 ที่มีเงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว) รวม (-84.65) ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 193.97 ล้านบาท และ 195.76 ล้านบาท ในปี 2565 และ ปี 2566 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี 2565 – 2566 มีเพียงโรงพยาบาลหนองบัวลำภูเพียงแห่งเดียวที่มีเงินบำรุงคงเหลือสุทธิ(หักหนี้แล้ว) เพิ่มขึ้น ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมี 1 แห่งที่เงินบำรุงคงเหลือสุทธิ(หักหนี้แล้ว) เป็นลบ คือ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง (-5.62) ล้านบาท และยังพบว่า โรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีอยู่เพียงแห่งเดียวนั้น มีสัดส่วนเงินบำรุงคงเหลือสุทธิ(หักหนี้แล้ว) ในภาพรวมของจังหวัด สูงถึง ร้อยละ 44.26 ร้อยละ 75.65 และ ร้อยละ 78.13 ในปี 2564 ปี 2565 และปี 2566 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับวิกฤติทางการเงิน และเงินบำรุงคงเหลือสุทธิ(หักหนี้แล้ว) ของโรงพยาบาล จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2564 – 2566

โรงพยาบาล	ระดับวิกฤติของการเงิน (Financial Crisis level)			เงินบำรุงคงเหลือสุทธิ (หักหนี้แล้ว)		
	(หน่วย: ล้านบาท)			(หน่วย: ล้านบาท)		
	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2564	ปี2565	ปี2566
รพ.หนองบัวลำภู	0	0	1	15.51	146.74	152.94
รพ.นากลาง	2	0	1	-26.34	15.49	11.47
รพ.โนนสัง	1	0	1	-16.88	19.60	17.24
รพ.ศรีบุญเรือง	2	0	2	-31.05	-4.35	-5.62
รพ.สุวรรณคูหา	1	0	1	-10.74	21.99	15.18
รพก.นาวัง	1	1	1	-15.15	-5.50	4.55
รวมทั้งจังหวัด	-	-	-	-84.65	193.97	195.76

ผลการวิเคราะห์แนวโน้มอัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (Cash Ratio) ปี 2566 เปรียบเทียบกับ 2564 พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดหนองบัวลำภูมีอัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (Cash Ratio) เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลที่

มีอัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (Cash Ratio) เพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลโนนสัง เพิ่มขึ้น 1.86 โรงพยาบาลสุวรรณคูหา เพิ่มขึ้น 1.07 และโรงพยาบาลนาหวังเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เพิ่มขึ้น 1.01 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์การเงินการคลัง จำแนกตามตัวชี้วัดสภาพคล่องทางการเงิน ของโรงพยาบาล จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2564 – 2566

โรงพยาบาล	อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio) เกณฑ์ ≥ 1.5			อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) เกณฑ์ ≥ 1.0			อัตราส่วนเงินสดและรายการ เทียบเท่าเงินสด (Cash Ratio) เกณฑ์ ≥ 0.8		
	ปี 2564	ปี2565	ปี2566	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2564	ปี2565	ปี2566
รพ.หนองบัวลำภู	2.47	4.59	3.41	2.28	4.34	3.20	1.10	2.24	2.04
รพ.นากลาง	1.45	2.81	1.95	1.30	2.65	1.75	0.47	1.44	1.36
รพ.โนนสัง	1.80	4.42	3.56	1.60	4.18	3.08	0.52	2.29	2.38
รพ.ศรีบุญเรือง	1.28	2.01	1.41	1.11	1.89	1.25	0.38	0.90	0.90
รพ.สุวรรณคูหา	2.21	3.72	2.69	1.97	3.32	2.39	0.64	2.14	1.71
รพ.ก.นาหวัง	1.72	2.08	2.21	1.56	1.91	1.94	0.51	0.79	1.25
เฉลี่ยทั้งจังหวัด	1.82	3.27	2.54	1.64	3.05	2.27	0.60	1.63	1.61

ในปี 2566 พบว่า มีโรงพยาบาลที่ทุนสำรองสุทธิเพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 โดยเรียงลำดับร้อยละของทุนสำรองสุทธิที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ดังนี้ โรงพยาบาลศรีบุญเรืองเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือร้อยละ 67.41 (9.43 ล้านบาท) โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.01 (117.85 ล้านบาท) โรงพยาบาลนากลาง

เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.47 (4.07 ล้านบาท) โรงพยาบาลโนนสัง เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.64 (4.07 ล้านบาท) และโรงพยาบาลสุวรรณคูหาเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.97 (0.35 ล้านบาท) ส่วนโรงพยาบาลนาหวัง เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เป็นแห่งเดียวที่มีแนวโน้มทุนสำรองสุทธิในปี 2566 เทียบกับปี 2564 ลดลง ซึ่งลดลงไป ร้อยละ 1.62 (-0.36 ล้านบาท) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สถานะความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาล จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2564 – 2566

โรงพยาบาล	ผลต่างรายได้/ค่าใช้จ่าย (Net Income : NI)			เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net working Capital : NWC)		
	(หน่วย: ล้านบาท)			(หน่วย: ล้านบาท)		
	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2564	ปี2565	ปี2566
รพ.หนองบัวลำภู	168.51	195.60	-5.22	235.67	422.49	353.52
รพ.นากลาง	30.05	34.01	-28.60	22.40	63.95	30.57
รพ.โนนสัง	33.13	39.43	-21.26	27.80	51.99	31.87
รพ.ศรีบุญเรือง	14.95	36.28	-12.26	13.99	48.95	23.42
รพ.สุวรรณคูหา	38.03	40.81	-7.46	35.94	52.24	36.29
รพ.ก.นาหวัง	24.67	15.64	-18.54	22.18	28.84	21.82
รวมทั้งจังหวัด	309.34	361.77	-93.34	357.98	668.46	497.49

ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับเกณฑ์การบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดที่ 1 โรงพยาบาลมีผลการดำเนินงาน รายได้ $\geq$ ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 80 ขึ้นไป ภาพรวม จังหวัดหนองบัวลำภู ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในปี 2564 และปี 2565 ส่วนในปี 2566 ไม่ผ่านเกณฑ์ เมื่อ จำแนกรายโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง (ร้อยละ 100.00) มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ในปี 2564 - ปี 2565 และทั้ง 6 แห่ง (ร้อยละ 100.00) มี ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ ในปี 2566

ตัวชี้วัดที่ 2 โรงพยาบาลมีความต่างของผล การดำเนินงานรายได้-ค่าใช้จ่ายเทียบกับแผน ประมาณการ ไม่เกินร้อยละ $\pm$ ร้อยละ 5 ค่า เป้าหมาย ร้อยละ 70 ขึ้นไป พบว่าภาพรวมจังหวัด หนองบัวลำภู ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในปี 2564 ปี 2565 และปี 2566 เมื่อจำแนกรายโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ ในปี 2564 จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 66.67) ได้แก่ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โรงพยาบาลนากลาง โรงพยาบาลศรีบุญเรือง และ โรงพยาบาลสุวรรณคูหา ปี 2565 ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 50.00) ได้แก่ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โรงพยาบาลศรีบุญ เรือง และโรงพยาบาลสุวรรณคูหา ปี 2566 ไม่ผ่าน เกณฑ์ จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 33.33) ได้แก่ โรงพยาบาลนากลาง และโรงพยาบาล โนนสัง ทั้งนี้ พบว่า จำนวนโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์มีแนวโน้ม ลดลงอย่างต่อเนื่อง และไม่มีโรงพยาบาลแห่งใดที่มี ผลดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ต่อเนื่องกันทั้ง 3 ปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่ 3 โรงพยาบาลมีคุณภาพบัญชีผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไป(ระดับA) เป้าหมาย ร้อยละ 80 ขึ้นไป พบว่า ภาพรวมจังหวัดหนองบัวลำภู ผ่าน เกณฑ์เป้าหมายในปี 2564 - 2566 เมื่อจำแนกราย โรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง (ร้อยละ 100.00) มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ อย่าง ต่อเนื่องทั้ง 3 ปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่ 4 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7Plus Efficiency) เป้าหมาย ร้อยละ 65 ขึ้นไป

พบว่า ภาพรวมจังหวัดหนองบัวลำภู ไม่ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ในปี 2564 - 2566 เมื่อจำแนกราย โรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงาน ไม่ผ่านเกณฑ์ ในปี 2564 จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 83.33) ได้แก่ โรงพยาบาลโนนสัง โรงพยาบาลศรีบุญ เรือง โรงพยาบาลสุวรรณคูหา และโรงพยาบาลนาหวัง เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ปี 2565 - ปี 2566 ไม่ ผ่านเกณฑ์ จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 100.00)

ตัวชี้วัดที่ 5 โรงพยาบาลมีต้นทุนบริการผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยในไม่เกินค่ากลางกลุ่มระดับบริการ เดียวกัน เป้าหมาย ร้อยละ 80 ขึ้นไป พบว่า ภาพรวม จังหวัดหนองบัวลำภู ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในปี 2564 ถึงปี 2565 แต่ไม่ผ่านเกณฑ์ในปี 2566 เมื่อจำแนก รายโรงพยาบาล พบว่า ในปี 2564 ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง ในปี 2565 มีโรงพยาบาลที่ผลการดำเนินงานไม่ผ่าน เกณฑ์ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนากลาง ส่วนในปี 2566 มีโรงพยาบาลที่ผลการดำเนินงานไม่ ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุวรรณ คูหา และโรงพยาบาลนาหวังเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

ตัวชี้วัดที่ 6 โรงพยาบาลมีภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ 7 ค่าเป้าหมาย ปี 2564 ไม่เกิน ร้อย ละ 2.00 ปี 2565 ไม่เกินร้อยละ 0.00 และ ปี 2566 ไม่เกินร้อยละ 0.00 พบว่า ภาพรวมจังหวัด หนองบัวลำภู ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในปี 2564 - 2566 และเมื่อจำแนกรายโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาล ทุกแห่งที่มีผลการดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์อย่าง ต่อเนื่องตลอดทั้ง 3 ปีงบประมาณ

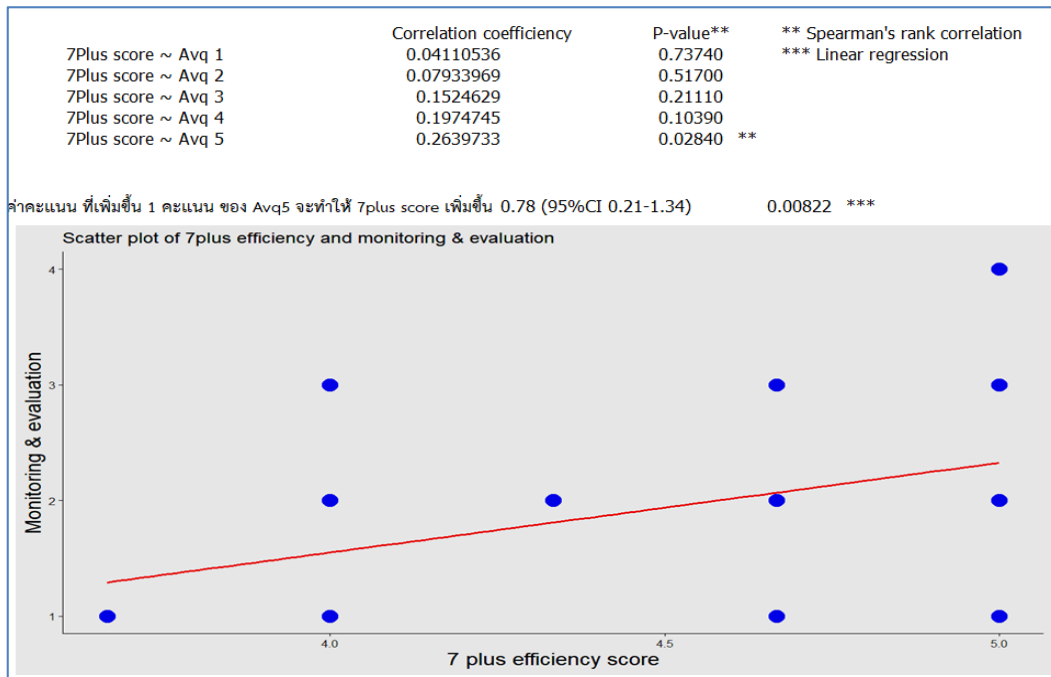
ผลประเมินกิจกรรมการบริหารการเงินการ คลังของโรงพยาบาล ตามการรับรู้และการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง CFO ของ โรงพยาบาล พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด (4.25 - 5.00) ทั้ง 5 ด้าน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ระดับคะแนนการประเมินประสิทธิภาพ (7 Plus efficiency score) โดยการวิเคราะห์สถิติ non-parametric analysis โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation test และ Linear regression เพื่อ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยตัวแปรด้านการบริหารจัดการการเงินการคลัง 5 ด้าน กับคะแนนการประเมินประสิทธิภาพ (7 Plus efficiency score) ของโรงพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ย ด้านการบริหารจัดการการเงินการคลังด้านที่ 5 (Avq 5) คือ ด้านการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน กับคะแนนการประเมินประสิทธิภาพ (7 Plus efficiency

score) ของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <0.01 และจากการวิเคราะห์ Linear regression พบว่า ค่าคะแนน ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ของ Avq 5 จะทำให้ 7 plus score เพิ่มขึ้น 0.78 (95%CI 0.21-1.34) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ P-value <0.01 อีกด้วย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนประเมิน 7 Plus efficiency score



สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2564-2566 ครั้งนี้ ดำเนินการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดหนองบัวลำภู และคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง CFO ของโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง รวมจำนวน 69 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.32 อายุเฉลี่ย 47.87±8.15ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ร้อยละ 66.67 อาชีพส่วนมากเป็นพยาบาล ร้อยละ 26.09 รองลงมาเป็นแพทย์ ร้อยละ 17.39 ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.07 มีประสบการณ์เป็นคณะกรรมการ CFO 5 ปีขึ้นไป และ ร้อยละ 73.91

เคยได้รับการพัฒนาความรู้การบริหารการเงินการคลังมาแล้ว 1-2 ครั้ง

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลัง ปี 2564 -2566 พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งไม่มีวิกฤติด้านการเงิน โดยมีความเสี่ยงวิกฤติการเงินในระดับปกติ - ระดับต่ำ (ระดับ 1-2) คะแนนประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 7 Plus efficiency score ไม่ผ่านเกณฑ์ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน จากการวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์การเงินการคลัง พบว่า ทุกโรงพยาบาลมีแนวโน้มสัดส่วนรายได้ต่อค่าใช้จ่าย (I/E Ratio) ลดลงทุนสำรองสุทธิ (NWC) และเงินบำรุงคงเหลือสุทธิหลังหักหนี้ (HMBRD) เริ่มลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรายรับจากเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลสำหรับกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจโคโรนาไวรัส

-2019 ได้สิ้นสุดลงไปแล้วในปี 2565 และโรงพยาบาลมีการใช้จ่ายเงินตามนโยบายของส่วนกลางในการพัฒนาระบบบริการมากขึ้นในปี 2566 ส่วนแนวโน้มการผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 7 Plus efficiency score ระดับคะแนนของทุกโรงพยาบาล ดีขึ้นเล็กน้อย แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง CFO ของโรงพยาบาล และระดับจังหวัด มีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิดทุกเดือน⁵

ผลประเมินกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังตามการรับรู้ และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ CFO พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดองค์กรรับผิดชอบการดำเนินงาน (4.81 ± 0.43) ด้านการกำหนดนโยบายและมาตรการการดำเนินงาน (4.77 ± 0.45) ด้านการกำหนดและสื่อสารเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงาน (4.64 ± 0.55) ด้านการดำเนินกิจกรรมพัฒนางานบริหารการเงินการคลัง (4.39 ± 0.74) ด้านการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (4.69 ± 0.56)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง พบว่า ปัจจัยด้านการกำกับ ติดตาม และประเมินผล มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$ ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากผลการศึกษาของวาสนา จังพานิช⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล และพบว่า ปัจจัยด้านกลยุทธ์องค์กร ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล และมี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ และปัจจัยด้านกลยุทธ์องค์กร ซึ่งร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลได้ ร้อยละ 87.4 อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบทของโรงพยาบาลในจังหวัดหนองบัวลำภูส่วนใหญ่มีการบริหารการเงินการคลังตามรูปแบบและแนวทางปฏิบัติแบบเดียวกันตามที่มีการกำหนดและสื่อสารนโยบาย มาตรการการบริหารการเงินการคลังร่วมกันในระดับจังหวัด

โดยสรุปประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดหนองบัวลำภู อยู่ในระดับที่ต้องได้รับการพัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดประสิทธิภาพตามที่กำหนด สถานการณ์ทางการเงินมีความมั่นคงค่อนข้างดี ระดับความเสี่ยงวิกฤติทางการเงินอยู่ในระดับปกติ มีระบบการเฝ้าระวังและกำกับติดตามในรูปแบบคณะกรรมการในระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญต่อการบริหารจัดการการเงินการคลังสุขภาพ โดยร่วมกำหนดกลยุทธ์การบริหารจัดการการเงินการคลังขององค์กรร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และสร้างการมีส่วนร่วมรับรู้เป้าหมายร่วมกันทุกกลุ่มภายในองค์กร เพื่อให้เกิดการยอมรับและปฏิบัติร่วมกัน รวมทั้งให้ความสำคัญในการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้การดำเนินงานด้านการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ

2. โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน (7 plus Efficiency) ไม่ผ่านเกณฑ์ต่อเนื่องหลายเดือน ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด หรือคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด(CFO) มีการกำกับ ติดตาม ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินงานในกิจกรรมที่ไม่บรรลุเป้าหมาย และร่วมกันแก้ไข ปัญหา หรือกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดรายโรงพยาบาล

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายและมาตรการใหม่ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น มาตรการการจัดเก็บรายได้ผ่านระบบศูนย์กลางข้อมูลทางการเงิน Financial Data Hub เพื่อปรับปรุง

และพัฒนารูปแบบ แนวทางการดำเนินงาน ให้สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาลทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและให้ข้อมูลในการ

ศึกษาวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัด และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้วิจัยจนการวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. De Savigny D, Adam T. Systems thinking for health systems strengthening. World Health Organization; 2009.
2. ชุมพล ผ่องนุช สมอาจ วงษ์ขมทอง จันทรจิรา วงษ์ขมทอง เนตรชนก ศรีทุมมา. “โมเดลความสัมพันธ์ เชิงโครงสร้างระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน.” วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 2559; 28(2), 11-28.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2566 รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/operating_results/54.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรอบแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพโดยเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขตของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ประจำปี 2563. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู; 2563.
6. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. ข้อมูลมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 15 เมษายน 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: https://resolution.soc.go.th/PDF_UPLOAD/2564/P_403360_12.pdf.
7. วาสนา จังพานิช. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล ประจวบคีรีขันธ์. 2561; 3(1): 1-15.

ผลของโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

Effects of a pain management program after cesarean section Obstetrics and gynecological
ward Sawang DaenDin Crown Prince Hospital.

(Received: June 20,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 26,2024)

ณัฐชา แสงสี¹

Natchaya Saengsee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง Two-group pretest – posttest designs เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มละ 30 คน ดำเนินการศึกษาระหว่าง มีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ก่อนการใช้โปรแกรม มีความรู้เฉลี่ย 7.7 (S.D.= 1.49) หลังการใช้โปรแกรมมีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 (S.D.= 0.35) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับ (p-value < 0.0001) ในกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้โปรแกรมความรู้เฉลี่ย 8.6 (S.D.= 1.49) หลังการใช้โปรแกรมมีความรู้เฉลี่ย 10.4 (S.D.= 1.49) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < 0.0001) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่าง 7.2 เพิ่มขึ้นซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่าง 1.8 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่างพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < 0.0001) พบว่า คะแนนผลการประเมินความรุนแรงความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ค่าคะแนนผลการประเมินความรุนแรงความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.0 (S.D.= 0.00) ซึ่งน้อยกว่า กลุ่มควบคุม ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.9 (S.D.= 0.31) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < 0.0001)

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวด, ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Abstract

A quasi-experimental research divided the experimental group into 2 groups, experimental group and comparison group. Two-group pretest – posttest designs to study the effects of using a pain management program after abdominal cesarean section. Obstetrics and gynecology ward Sawang Daen Din Crown Prince Hospital Selected a specific sample group of 30 people per group. The study was conducted between March and June 2024.

Results Mothers who had cesarean section in the experimental group before using the program. The average knowledge was 7.7 (SD= 1.49). After using the program, the average knowledge increased to 14.9 (SD= 0.35), a statistically significant increase at the .05 level (p-value < 0.0001) in the control group before using the program, the average knowledge was 8.6 (SD= 1.49). After using the program, the average knowledge was 10.4 (SD= 1.49), a significant increase at the .05 level (p-value < 0.0001). It was found that the experimental group the mean score difference was 7.2, which was higher than the control group's mean score difference of 1.8. When comparing the mean score differences, it was found that there was a statistical significant difference at the .05 level (p-value < 0.0001). It was found that the pain intensity assessment scores of pregnant women after abdominal cesarean section between the experimental group and the control group. At the end of 72 hours, the pain intensity assessment score of pregnant women after cesarean section in the experimental group had an average score of 1.0 (SD= 0.00), which

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

was less than the control group with an average score of 1.0 (SD= 0.00). 1.9 (SD= 0.31) when comparing the mean score It was found that there was a statistical significant difference at the .05 level (p-value < 0.0001)

Keywords: pain management program, abdominal cesarean section

บทนำ

การคลอดเป็นวิถีที่ธรรมชาติมอบให้แก่คุณแม่โดยเฉพาะ เพื่อให้ลูกน้อยในครรภ์ได้เคลื่อนตัวออกจากมดลูกมาสู่โลกภายนอก โดยเฉพาะในช่วง 3-4 สัปดาห์ก่อนคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ หรือที่เรียกกันว่า “อาการนำก่อนคลอด” มีอาการเจ็บครรภ์เตือน หรือ เจ็บท้องเตือน (False Labor) มดลูกแข็งตัวบ่อยครั้งขึ้น คลำและรู้สึกได้ว่าเป็นก้อน จะปวดถี่หรือรุนแรงมากขึ้นเมื่อใกล้คลอด ต่อมาศีรษะทารกลดลงต่ำ ท้องลดต่ำลงกว่ากระบังลม เพราะศีรษะของทารกจะเคลื่อนตัวลงต่ำเข้าสู่อุ้งเชิงกรานเพื่อเตรียมพร้อมที่จะคลอด จะมีมูกขาวขึ้นและตกขาวมากขึ้น ไม่มีอาการคันและอาจจะพบว่า มีเลือดออกปนมากับมูกด้วย ลูกดิ้นน้อยลง เพราะทารกโตมากกว่ากับขนาดของโพรงมดลูกที่ขยายตัวเพียงเล็กน้อย¹ และอาการใกล้คลอด คือมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด น้ำเดิน หรือ น้ำคร่ำเดิน เจ็บครรภ์คลอด หรือ เจ็บท้องคลอดจริง (True Labor) เจ็บท้องรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ สม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง รุนแรงขึ้น นานขึ้น และถี่ขึ้น จนกว่ากระบวนการคลอดจะสิ้นสุดลง เมื่อมีอาการใกล้คลอดควรเดินทางมาคลอดที่โรงพยาบาล² เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่อมารดาและบุตรในครรภ์ ถ้าหากพบว่ามารดาไม่สามารถคลอดปกติเองได้ อาจได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือ การผ่าท้องคลอดบุตร (Caesarean section หรือ Cesarean section หรือ C-section) ในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องนั้น มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ¹ ความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นปัญหาที่สำคัญ เป็นความรู้สึกและประสบการณ์ ของมารดาหลังคลอดที่รับรู้ถึงความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากการผ่าตัด เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารกระตุ้นความปวด ส่งผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทำให้อ่อนเพลีย

วิตกกังวล รู้สึกไม่สบาย สงผลต่อกิจวัตรประจำวัน การดูแลบุตรหลังคลอดและสายสัมพันธ์ระหว่างมารดา และบุตร ซึ่งทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการที่เรา มีเครื่องมือตรวจวินิจฉัยที่ทันสมัยขึ้น ทำให้สามารถวินิจฉัยภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์ที่จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อทารกได้เร็ว และนำไปสู่การผ่าตัดคลอดเพื่อช่วยทารกที่อยู่ในครรภ์ให้รับคลอดออกมาโดยเร็วที่สุด นอกจากนี้แพทย์ยังนิยมที่จะผ่าคลอดในผู้ตั้งครรภ์ที่ทารกมีส่วนนำ/ทানাเป็นทากัน และในผู้ที่ตั้งครรภ์แฝดอีกด้วย หรือในกรณีที่คุณตั้งครรภ์ต้องการผ่าตัดคลอดโดยที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน สติแพทย์จะทำการสอบถามถึงเหตุผลและอธิบายถึงข้อดี-ข้อเสียของการคลอดบุตรตามธรรมชาติกับการผ่าตัดคลอด เพื่อให้ผู้ตั้งครรภ์ทราบและเข้าใจอย่างชัดเจน ในขณะที่การเลือกวิธีการคลอดบุตรก็เป็นสิทธิโดยชอบธรรมของ ผู้ตั้งครรภ์³ วิธีการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพราะบางรายที่ไม่สามารถคลอดเองตามธรรมชาติ หรือในรายที่แพทย์เห็นชอบให้ผ่าตัดคลอดดังกล่าวเบื้องต้น มารดาเองจะได้รับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพราะเป็นการผ่าตัดที่บริเวณผนังหน้าท้องและผนังมดลูก เพื่อนำตัวเด็กในครรภ์ออกมาทางแผล ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงมาก มีการได้รับ ยาระงับความรู้สึกทั่วไป หรือยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน มีการสูญเสียเลือด ร่วมกับกระบวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ระหว่างผ่าตัด ส่งผลให้ความรู้สึกและประสบการณ์ของมารดาหลังคลอดที่รับรู้ถึงความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากการผ่าตัด เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารกระตุ้นความปวด ส่งผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทำให้อ่อนเพลีย วิตกกังวล รู้สึกไม่สบาย สงผลต่อกิจวัตรประจำวัน การดูแลบุตรหลังคลอดและสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร¹ ข้อสำคัญของการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดคลอด แพทย์จะแนะนำให้ผู้ตั้งครรภ์ดื่มน้ำและอาหารเป็น

เวลาอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนทำการผ่าตัด และจะได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ที่จะเข้ารับการผ่าตัดคลอดจะได้รับการทำความสะอาดร่างกาย และการเตรียมร่างกายเพื่อเข้ารับการผ่าตัด³

หลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาจะมีอาการปวดของแผลผ่าตัดคลอดบุตรบริเวณหน้าท้อง โดยการบรรเทาหรือการจัดการกับความปวดทำได้ทั้งโดยวิธีการใช้ยาและการไม่ใช้ยา หรือใช้ร่วมกันทั้ง 2 วิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงระยะเวลา และชนิดของความเจ็บปวด หรือความต้องการของแต่ละบุคคล การจัดการความปวดที่มีหลากหลายรูปแบบและประเมินระดับความเจ็บปวดได้อย่างรวดเร็ว ตามลำดับ คือ ไม่ปวดเลยไปจนถึงปวดมากที่สุด¹ และวิธีการหรือแนวทางจะช่วยเหลือให้ลดการปวดแผลลดลงหลังผ่าตัดหน้าท้อง เป็นบทบาทที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีความสำคัญและค้นหาแนวทางการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเผชิญความเจ็บปวด และควบคุมความปวดด้วยตนเองได้เพิ่มขึ้น¹ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยไม่ใช้ยาอยู่หลายวิธี อาทิเช่น การประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่า การนอนนิ่งๆ การใช้เข็มขัดผ้ารัดหน้าท้อง การนวด การประคบเย็น การจัดทำให้นมบุตร เป็นต้น

จากข้อมูลทางสถิติด้านการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ปี 2563, 2564, 2565 พบว่ามีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 923 คน, 924 คน และ 945 คน ตาม ลำดับ⁴ พบว่าการผ่าตัดคลอดมีอัตราและจำนวนที่คงที่และมีโอกาสเพิ่มจำนวนมากขึ้น และจากข้อมูลหลังการผ่าตัดพบว่ามารดาที่มีอาการปวดแผลผ่าตัดหลังจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาแต่ละราย มีความปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง หรือมีความอดทนต่ออาการปวดแผลผ่าตัดหลังผ่าตัดทางหน้าท้องไม่เท่ากัน และจากการพยาบาลตามแนวทางการให้การดูแลมารดาหลังผ่าตัดเพื่อลดอาการ

ปวด ได้แก่ การจัดทำเพื่อบรรเทาอาการปวด รวมไปถึงการให้การดูแล คำแนะนำ แต่ยังมีอาการปวดแผลเท่าเดิมหรือมากกว่าเดิม และการบริหารอาการปวดด้วยยา ถึงแม้จะได้รับความรู้ สร้างความเข้าใจ อธิบายแนวทางการรักษา เกิดความตระหนัก ครบถ้วนสมบูรณ์ และเพื่อตอบสนองการดูแลผู้มารับบริการด้วยความเต็มใจและยินดีให้บริการ ตามนโยบายของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของการบริการพยาบาลแต่ยังไม่ตอบสนองตามความต้องการของทุกท่านในรายที่ได้รับปวดหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ทำให้ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ทุกระดับได้ร่วมประชุมและเสนอให้มีการจัดการปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการและวางแผนการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความปวดได้ดียิ่งขึ้น ช่วยลดอาการปวดแผลหลังผ่าตัดคลอดและช่วยให้มารดาหลังคลอดฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น สามารถดูแลตนเองและทารกแรกเกิด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
2. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอด และคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ของหญิงหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ทำการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง Two-group pretest – posttest designs เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอด

ทางหน้าท้อง ในหญิงหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ในระหว่างเดือน มีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร จำนวน 360 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ดำเนินการศึกษา ระหว่าง มีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) มารดาหลังผ่าตัดคลอดคลอดทางหน้าท้อง 2) นอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลตั้งแต่หลังผ่าตัดคลอด จนถึง มากกว่าหรือเท่ากับ 72 ชั่วโมง 3) ระดับความรู้สึกตัวปกติหรือ สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถประเมินความปวดได้ 4) ข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดคลอด มีข้อมูลครบถ้วน 5) สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) มารดาหลังคลอดที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยอภิบาลระหว่างทำการวิจัย 2) มารดาหลังคลอดไม่สามารถสื่อสารได้ระหว่างรักษาตัว 3) มารดาหลังคลอดที่นอนโรงพยาบาลผ่าตัดคลอด จนถึงจำหนายน้อยกว่า 72 ชั่วโมง 4) เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นประกอบด้วย

แบบสอบถาม จำนวน 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ 2) แบบประเมินความรู้เรื่องการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอด จำนวน 15 ข้อ 3) ประวัติการเจ็บป่วยหลังการผ่าตัดคลอดทาง

หน้าท้อง (ประเมินโดยพยาบาล) จำนวน 11 ข้อ 4) แบบประเมินความรุนแรงของความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ประเมินโดยพยาบาล) จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา^{5,6} (Content Validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการสร้างเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน คือ ด้านสูติรีเวชกรรม ด้านวิสัญญี และด้านงานวิชาการ ผลการทดสอบความตรงของเครื่องมือเชิงเนื้อหา มีค่าเฉลี่ยทั้งฉบับ 0.79 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามชุดนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.76

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อเสร็จแล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ สอบถามถึงประสบการณ์อาการ ความปวดที่พบจากการผ่าตัดช่องท้องและวิธีการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้น ร่วมกับสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บช่องท้องและการรักษา วิธีการจัดการความปวด โดยใช้คำถามปลายเปิดให้ความสนใจและรับฟังผู้ป่วย

กลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนผ่าตัดคลอด ก่อนผ่าตัด 1 วัน เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การเทาอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวด และวิธีการประเมินอาการปวดด้วยตนเอง พร้อมกับเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติ เก็บข้อมูล แนวแผนผ่าตัด ความยาวของแผลผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดสาเหตุของอาการปวดหลังผ่าตัด วิธีประเมินอาการปวด การบรรเทาอาการปวดที่ไม่ใช่ยาและการให้ยาระงับอาการปวด ระยะเวลาและผลข้างเคียงของการใช้ยา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามเมื่อมีอาการปวด ชักถามข้อสงสัยเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 40 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 1

ครั้งจนกว่าจะ Stable สำหรับประเมินอาการปวด ทุก 8 ชั่วโมง และการบริหารยาระงับปวดขึ้นกับความเห็น โดยให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดหรือร้องขอ ประเมินอาการปวดหลังได้รับยา 15 - 30 นาที ประเมินอาการปวดทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 8 ชั่วโมง หลังจากนั้นทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง และทุก 8 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมง เก็บข้อมูลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลก่อนผ่าตัดคลอด ใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนได้รับการผ่าตัด 1 วัน กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 1 ประเด็นการดูแลวิธีดูแลแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วันแรกหลังผ่าตัด เก็บข้อมูล แนวแผลผ่าตัด ความยาวของแผลผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดสาเหตุของอาการปวดหลังผ่าตัด วิธีประเมินอาการปวด การบรรเทาอาการปวดที่ไม่ใช่ยา และการให้ยาระงับอาการปวด ระยะเวลาและผลข้างเคียงของการใช้ยา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับเมื่อมีอาการปวด กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 2 การรักษาที่ใช้หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัด ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด เพื่อประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ หลังจากนั้นทุก 4 ชั่วโมง และหลังให้ยาระงับปวดแต่ละประเภทตามการออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงหลังจากนั้นประเมินอาการปวดของผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และการจัดการกับอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะหลังผ่าตัด โดยการประเมินระดับอาการปวดแล้วจึงจัดการอาการปวดตามระดับ การอธิบายความสำคัญและวิธีการเปลี่ยนท่านอน การลุกจากเตียง ฝึกทักษะการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวและบริหารร่างกายบนเตียงการลุกนั่ง และเดิน กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 3 การจัดทำในการอุ้มบุตรและให้นม กิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 4 การดำรงชีวิตกิจวัตร

ประจำวัน ต้องปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดทางหน้าท้องพร้อมทั้งมารดาสามารถดูแลในการให้นมบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความกังวลของสมาชิกในครอบครัวได้ คุณแม่ควรพลิกตัวบ่อย ๆ เพื่อช่วยให้ลำไส้ฟื้นตัวเร็วขึ้นและลดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ตามคำแนะนำพยาบาลประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการจากสมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงวิธีการจัดการความปวด ปัญหา อุปสรรคและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างเหมาะสม

วันที่ 2 ปฏิบัติตาม กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2 - 4 ประเมินอาการปวดของผู้ป่วยในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พยาบาลประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการจากสมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงวิธีการจัดการความปวด ปัญหา อุปสรรคและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างเหมาะสม

วันที่ 3 ปฏิบัติตาม กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2 - 4 ประเมินอาการปวดของผู้ป่วยในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พยาบาลประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการจากสมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงวิธีการจัดการความปวด ปัญหา อุปสรรคและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างเหมาะสม

วันที่ 4 ปฏิบัติตาม กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2 - 4 พยาบาลประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการจากสมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงวิธีการจัดการความปวด ปัญหา อุปสรรคและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างเหมาะสม เก็บข้อมูลก่อนผู้ป่วยกลับบ้านผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูล^{7,8} ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนและ

หลังการใช้โปรแกรม ใช้สถิติ Independent Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินความรุนแรง ความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบ และการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เอกสารรับรองเลขที่ SWDCPH 2023-047 รหัสโครงการ 128/2566 ระยะเวลาในการรับรองระหว่างวันที่ 26 ตุลาคม 2566 ถึง 25 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ อายุอยู่ในช่วง 27-31 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 อายุเฉลี่ย 28.8 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 35 ปี ทุกคนพักอาศัยอยู่กับสามี ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 คน ส่วนใหญ่ มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 รายได้เฉลี่ย 22,666.7 บาท รายได้น้อยที่สุด 10,000 บาท รายได้มากที่สุด 40,000 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่มีประวัติการตั้งครรภ์และการมีบุตร บุตรคนแรก จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 บุตรคนที่สอง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่คลอดแบบผ่าตัดทางหน้าท้องครั้งที่ 1 จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 ทุกคนตั้งใจผ่าคลอด ส่วนใหญ่ ใช้วิธีการให้นมบุตรด้วยนมแม่ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต จำนวน 17

คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 และส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ความปวดเนื่อง จากการผ่าตัดในอดีตนาน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ อายุอยู่ในช่วง 22 - 26 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 27.8 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 35 ปี ทุกคนพักอาศัยอยู่กับสามี ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 คน ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รายได้เฉลี่ย 13,500.0 บาท รายได้น้อยที่สุด 5,000 บาท รายได้มากที่สุด 20,000 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่มีประวัติการตั้งครรภ์และการมีบุตร บุตรคนแรก จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่คลอดแบบผ่าตัดทางหน้าท้องครั้งที่ 1 จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ทุกคนตั้งใจผ่าคลอด ทุกคนใช้วิธีการให้นมบุตรด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดในอดีตนาน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ความปวดเนื่อง จากการผ่าตัดในอดีตนาน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรม มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีความรู้ระดับกลาง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 หลังการใช้โปรแกรม มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ทุกคนมีความรู้ระดับดี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ความรู้	ก่อนการใช้โปรแกรม (n=30)			หลังการใช้โปรแกรม (n=30)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	7.7	1.49	ปานกลาง	14.9	0.35	ดี	-25.24	0.0001*
กลุ่มควบคุม	8.6	1.94	ปานกลาง	10.4	2.66	ปานกลาง	-1.25	0.0001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ก่อนการใช้โปรแกรมความรู้เฉลี่ย 7.7 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้โปรแกรมมีความรู้เฉลี่ย 14.9 อยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยก่อนการใช้โปรแกรมกับหลังการใช้โปรแกรมพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับ ($p\text{-value} < 0.0001$) ในกลุ่มควบคุม ก่อนการ

ใช้โปรแกรมความรู้เฉลี่ย 8.6 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้โปรแกรมมีความรู้เฉลี่ย 10.4 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยก่อนการใช้โปรแกรมกับหลังการใช้โปรแกรมพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.0001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	7.2	0.35	-22.38	0.0001*
กลุ่มควบคุม	30	1.8	2.66		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

พบว่า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่าง 7.2 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่าง 1.8 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่างพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.0001$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเจ็บป่วยหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ระยะเวลาในการผ่าตัดส่วนใหญ่ใช้เวลา 31 – 45 นาที จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 แนวการลงมีดบริเวณหน้าท้องทุกคนใช้ Transverse-line ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง < 300 cc. จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 วิธีการระงับความรู้สึก ทุกคนใช้วิธี Spinal block ทุกคนมีความยาวของแผลผ่าตัด 5 cm ยาที่ใช้ในการจัดการความ

ปวดที่ได้รับใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทุกคนใช้ MO ยาที่ใช้ในการจัดการความปวดที่ได้รับใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทุกคนใช้ Pethidine ยาที่ใช้ในการจัดการความปวดที่ได้รับใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทุกคนใช้ Pethidine ทุกคนไม่มีอาการนอนไม่หลับเพราะความปวด ทุกคนมีภาวะแทรกซ้อนจากการ ใช้ยา ทุกคนไม่มี Pain score > 7 คะแนน จำนวน 2 ครั้งขึ้นไป ใน 24 ชั่วโมง กลุ่มควบคุม ระยะเวลาในการผ่าตัดส่วนใหญ่ใช้เวลา 31 – 45 นาที จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 แนวการลงมีดบริเวณหน้าท้องทุกคนใช้ Transverse-line ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง < 300 cc. จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 วิธีการระงับความรู้สึก ทุกคนใช้วิธี Spinal block ทุกคนมีความยาวของแผลผ่าตัด 5 cm ยาที่ใช้ในการจัดการความปวดที่ได้รับใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทุกคนใช้ MO ยาที่ใช้ในการจัดการความปวดที่ได้รับใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทุกคนใช้

Pethidine ยาที่ใช้ในการจัดการความปวดที่ได้รับใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทุกคนใช้ Pethidine ทุกคนไม่มีอาการนอนไม่หลับเพราะความปวด ทุกคนมีภาวะแทรกซ้อนจากการ ใช้ยา ทุกคนไม่มี Pain score > 7 คะแนน จำนวน 2 ครั้งขึ้นไป ใน 24 ชั่วโมง

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินความรุนแรงความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พบว่า ผลการประเมินความรุนแรงความปวด (Pain score) ของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ชั่วโมงที่ 24 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงความปวด (Pain score) 4 คะแนน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3

ร้อยละ 53.3 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงความปวด (Pain score) 4 คะแนน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ชั่วโมงที่ 48 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงความปวด (Pain score) 3 คะแนน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงความปวด (Pain score) 3 คะแนน จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 และชั่วโมงที่ 72 กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรุนแรงความปวด (Pain score) 1 คะแนน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงความปวด (Pain score) 1 คะแนน จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ผลการประเมินความรุนแรงความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้อง หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนผลการประเมินความรุนแรงความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Pain score	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
1. ชั่วโมงที่ 24					
กลุ่มทดลอง	30	4.5	0.51	-0.513	0.61
กลุ่มควบคุม	30	4.4	0.50		
2. ชั่วโมงที่ 48					
กลุ่มทดลอง	30	2.7	0.45	1.68	0.99
กลุ่มควบคุม	30	2.9	0.31		
3. ชั่วโมงที่ 72					
กลุ่มทดลอง	30	1.0	0.00	16.16	0.0001*
กลุ่มควบคุม	30	1.9	0.31		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ชั่วโมงที่ 24 ค่าคะแนนผลการประเมินความรุนแรงความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.5 (S.D.= 0.51) กลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.4 (S.D.= 0.50) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน $p\text{-value} = 0.61$ ชั่วโมงที่ 48 ค่าคะแนนผลการประเมินความรุนแรงความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.7 (S.D.=

0.45) กลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.9 (S.D.= 0.31) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน $p\text{-value} = 0.99$ และ ชั่วโมงที่ 72 ค่าคะแนนผลการประเมินความรุนแรงความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.0 (S.D.= 0.00) ซึ่งน้อยกว่า กลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.9 (S.D.= 0.31) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.0001)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ก่อนการใช้โปรแกรม มีความรู้เฉลี่ย 7.7 ($S.D.$ = 1.49) หลังการใช้โปรแกรมมีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ($S.D.$ = 0.35) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับ (p -value < 0.0001) ในกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้โปรแกรมความรู้เฉลี่ย 8.6 ($S.D.$ = 1.49) หลังการใช้โปรแกรมมีความรู้เฉลี่ย 10.4 ($S.D.$ = 1.49) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.0001) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่าง 7.2 เพิ่มขึ้นซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่าง 1.8 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่างพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.0001) พบว่า คะแนนผลการประเมินความรุนแรงความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ค่าคะแนนผลการประเมินความรุนแรงความปวดของหญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.0 ($S.D.$ = 0.00) ซึ่งน้อยกว่า กลุ่มควบคุม ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.9 ($S.D.$ = 0.31) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.0001) สอดคล้องกับ ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย และคณะ⁹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง พบว่า ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับ

การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .01) และสอดคล้องกับ สายสมร ศักดาศรี¹⁰ ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลน่าน พบว่า ระดับความปวดของของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระดับความปวดในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.05)

การใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับระดับความปวด โดยการให้ความรู้ส่งเสริมการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครั้งนี้ สามารถลดระดับความปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ควรนำโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มาใช้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ประเมินติดตามผลลัพธ์ เพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ
2. ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและกำหนดให้การจัดการความปวดหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นตัวบ่งชี้ผลการดำเนินงานของพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดให้มีการฝึกอบรมทักษะแก่บุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ในการประเมินความปวดการใช้เทคนิคการจัดการอาการปวดแบบ

ผสมผสาน หลายวิธี เพื่อนำมาเลือกใช้ในสอดคล้องกับสภาพอาการของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. สุพรรณ จิตรสมและคณะ. 2565. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร. วารสารศูนย์อนามัย ที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565: 868 – 881.
2. สุชัย อินทรประเสริฐ. 2566. คู่มือตั้งครรภ์และเตรียมคลอด. “เจ็บท้องคลอดเป็นอย่างไร”.
www.momjunction.com, www.wikihow.com (by Wikivisual) : สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567.
3. วรลักษณ์ สมบูรณ์พร. 2562. การผ่าท้องคลอดบุตร การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Caesarean section). แหล่งข้อมูล
<https://haamor.com/> 27 กรกฎาคม 2562: สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567.
4. หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม. 2565. สถิติด้านการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน: สกลนคร.
5. พิสนุ พองศรี. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์; 2554.
6. สรายุทธ กันหลง. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย <http://www.ipernity.com/blog/252172/477413>: สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567.
7. ยุทธ ไกยวรรณ. หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2553.
8. บุญเรียง ขจรศิลป์. เทคนิคการอ่านและตีความหมายจากผลการวิเคราะห์ทางสถิติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ: 2554.
9. ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย และคณะ. 2566. ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2566: 68 – 81.
10. สายสมร ศักดาศรี. 2565. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลน่าน. <https://efaidnbmnnnibpccajpcglclefindmkaj/https://www.nanhospital.go.th/uploads/pdfs/4e34b3f614fb029233e2f4bf78df4971.pdf>: 20 มกราคม 2567.

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชน
ตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of nursing guidelines for patients with end-stage chronic kidney disease to
choose continuous kidney replacement therapy

in continuity of care to community in Phon Phisai Hospital Nong Khai Province.

(Received: June 20,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 26,2024)

นงนุช โฮมหงษ์¹, เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์¹, ศิริวรรณ สิงหศิริ¹

Nongnuch Homehong¹, Penjan Homehong¹, Siriwan Singhasiri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน ปี 2566 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย จำนวน 11 คนญาติผู้ดูแล จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต แบบสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องความต้องการรูปแบบแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับบริการการดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคองอย่างเหมาะสมตามระดับความรุนแรง การเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแล มีความรู้เกิดทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตรงตามความต้องการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยระดับความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับในภาพรวมในระดับสูงร้อยละ 86.96 มีความสามารถดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น จัดการภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้นได้ เมื่อมีภาวะวิกฤตสามารถติดต่อโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาได้ทันที

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง, การพยาบาล

Abstract

This research an action research. Aim to develop and use a guideline for developing nursing for patients with end-stage chronic kidney disease was choose continuous kidney replacement therapy in the community according to the role of continuing care center nurses. Phon Phisai Hospital Nong Khai Province The study was conducted during January-June 2023, sample group of 11 patients with end-stage kidney disease, 11 relatives and caregivers, a multidisciplinary team of 13 people, a total of 37 people. The research tools included an interview form for patients with chronic kidney disease. Patients kidney last stage where therapy is not chosen. Interview form with the multidisciplinary team for continuing care, the need for a model for continuous care at home Interview form with staff members of the network for caring for patients with end-stage chronic kidney disease who do not choose kidney replacement therapy. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians, and qualitative content analysis.

The results found that patients with chronic kidney disease receive continuous palliative care services that are appropriate according to the severity of their illness and the need for continued care. Caregivers have knowledge, skills and confidence in caring for patients with chronic kidney disease. Meets the needs of patients with chronic kidney disease, with a high overall level of satisfaction with the continuous care received at 86.96%. They have

¹ โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

increased ability to take care of their own health. Initial complications can be managed. When in crisis, you can contact the hospital for timely treatment.

Keywords: End stage chronic kidney disease, Continuing care center, Nursing kidney disease

บทนำ

การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและการพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองได้ เป็นยุทธศาสตร์สุขภาพหลักในประเทศไทย หากดำเนินการได้ดีจะสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพได้¹ ประเทศไทยพบอัตราผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลด้วยโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจะช่วยลดภาระงานและค่าใช้จ่ายได้³ การดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดที่หลากหลายเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและบริบท⁴ แนวคิดการดูแลต่อเนื่องคือการดูแลที่มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ⁵ มีการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพมีการทำงานที่ยืดหยุ่น และปรับตามความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพและคงสภาวะสุขภาพที่ดีหรือในระดับที่สามารถซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงหรือที่เรียกว่าผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงญาติผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะการจัดการทั้งด้านการดูแลสุขภาพ ข้อมูล และอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งหากไม่มีแนวทางการจัดการต่อเนื่องเหมาะสมจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยจากการทบทวนสถานการณ์ร่วมกันพบข้อจำกัดคือผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น มีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่บ้านมากขึ้น⁶

ข้อมูลจากรายงานการดำเนินงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยที่ผ่านมา พบว่าในปี 2563-2565 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายจำนวน 665 คน 495 คน และ 600 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และขอไปรักษาที่บ้าน คือจำนวน 6 คน 10 คน และ 12 คน ตามลำดับ และโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยยังไม่มีแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ

สุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้ จัดการภาวะแทรกซ้อนได้เบื้องต้นหรือติดต่อมาที่โรงพยาบาล⁷ การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โดยส่วนมากจะเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมโดยแบ่งปันความรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลและครอบครัว การจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้⁸ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อส่งต่อข้อมูล การบริการสุขภาพโรคร่วมกับผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคและกลุ่มวัย⁹

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมผู้ดูแล ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ อสม.ร่วมกับแนวคิดศูนย์ดูแลต่อเนื่องในระยะยาว บริการจากโรงพยาบาลถึงบ้านเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธิพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) พื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลโพธิพิสัยจังหวัดหนองคาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนในเขตรับผิดชอบ และ ภาควิชาพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโพธิพิสัย จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย จำนวน 11 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 11 คน ทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 8 คน นักโภชนาการ 1 คน และนักกายภาพบำบัด 2 คน รวมสหวิชาชีพ จำนวน 13 คน รวม 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่ม ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ญาติผู้ดูแลเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและมีความต้องการการดูแลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต แบบสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ภาควิชาพยาบาลเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต

ขั้นตอนของการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ

สุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต ศึกษากระบวนการ แนวทางการดูแลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต ปัญหาความต้องการของบุคลากรผู้ให้บริการ สังเกตการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมวิเคราะห์สรุปประเด็นปัญหาความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และความต้องการของบุคลากร นำเสนอ ต่อคณะกรรมการทีมผู้บริหาร ทีมคลินิก และทีมศูนย์ดูแลต่อเนื่องในชุมชน กำหนดประเด็นการพัฒนา รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต ร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย วางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน ปี 2566 สะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พัฒนาทีมดูแลต่อเนื่องพัฒนารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต โดยจัดประชุมความรู้เรื่องแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตในศูนย์ดูแลต่อเนื่องชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แผนผังการไหลของงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล การวิเคราะห์และถอดบทเรียนจาก กระบวนการพัฒนา และประเมินผล การมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ การวางแผนการดำเนินงานตามแผน ความคิดเห็นร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาปฏิบัติกิจกรรมตามแผน และมีการสะท้อนผลการปฏิบัติสรุปบทเรียนจากการปฏิบัติเป็นระยะ ปรับปรุงวิธีปฏิบัติในวงจรใหม่ที่เหมาะสม ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานความสำเร็จของงานเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยมีการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอึดตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูล สามเส้า (Triangulation)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตและผู้ดูแลต่อเนื่องในชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน ร้อยละ 81.82 และเพศชาย จำนวน 2 คน ร้อยละ 18.18 ตามลำดับ อายุ ส่วนมากอายุ 60-65 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 72.73 รองลงมา 76-80 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 18.18 และ 81 ปีขึ้นไป จำนวน 1 คน ร้อยละ 9.09 ตามลำดับ (Mean $\pm$ SD = 66.98 $\pm$ 4.51, Min=62,Max=81) อาชีพส่วนมากทำไร่นา จำนวน 8 คน ร้อยละ 72.73 และ ว่างงาน จำนวน 3 คน ร้อยละ 27.27 นับถือศาสนาพุทธ ทั้งหมด จำนวน 11 คน ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาทั้งหมด จำนวน 11 คน ร้อยละ 100.00 ระยะเวลาการเป็นโรคส่วนมาก 10 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน ร้อยละ 54.55 และ 6-10 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 45.45 ตามลำดับ (Mean $\pm$ SD = 9.19 $\pm$ 1.54, Min=6, Max=11) โรคประจำตัวร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน ร้อยละ 63.64 รองลงมาคือโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง เท่ากัน จำนวน 2 ราย ร้อยละ 18.18 ตามลำดับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน ร้อยละ 90.91 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 1 คน ร้อยละ 9.09 ตามลำดับ อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 45.45

รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 36.36 และ 31-40 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 18.18 ตามลำดับ (Mean $\pm$ SD = 52.43 $\pm$ 1.34, Min=31,Max=55) อาชีพ ส่วนมากทำไร่นา จำนวน 7 คน ร้อยละ 63.64 รองลงมาค้าขาย จำนวน 2 คน ร้อยละ 18.18 และ รับราชการ จำนวน 1 คน ร้อยละ 9.09 ตามลำดับ ศาสนาพุทธ ทั้งหมด 11 คน ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษา ส่วนมากจบการประถมศึกษา จำนวน 7 คน ร้อยละ 63.64 รองลงมาไม่ได้ศึกษา จำนวน 3 คน ร้อยละ 27.27 และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1 คน ร้อยละ 9.09 ตามลำดับ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนมากเป็นบุตร จำนวน 5 คน ร้อยละ 45.45 รองลงมาเป็น คู่สมรส และญาติ จำนวน 3 คน เท่ากัน ร้อยละ 27.27 ตามลำดับ รายได้ ส่วนมาก ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 9 คน ร้อยละ 81.82 และมีรายได้ 5000-10,000 บาท จำนวน 2 คน ร้อยละ 18.18 ตามลำดับ (Mean $\pm$ SD = 9000 $\pm$ 98.23, Min=3,000,Max=10,000)

2. สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในชุมชนและศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยมีการกำหนดให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยมีการเน้นในกลุ่มไตเรื้อรัง สอนความรู้และฝึกทักษะการดูแลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล จนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ โดยทีมสหวิชาชีพ พร้อมทั้งบันทึกการวางแผนจำหน่าย ส่งต่อการแผนดูแลผู้ป่วยไปสู่การดูแลในชุมชนรายกรณี ปัญหาที่พบของการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ขาดความต่อเนื่องของการปฏิบัติจากทีมสหวิชาชีพ บางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลต่อเนื่อง การทำงานยังขึ้น อยู่กับประสบการณ์ หรือระยะเวลาของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องการเวลาในการเรียนรู้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ใช้เวลาในการให้ความรู้เพื่อการดูแล ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ได้แก่ แพทย์พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ มีข้อคิดเห็นในประเด็นสำคัญ ดังนี้ การ

รับรู้ความหมายของการดูแลต่อเนื่องว่าเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งรับผิดชอบโดยทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โดยเริ่มกระบวนการดูแลต่อเนื่องภายใน 48 ชั่วโมงแรกที่ดูแลผู้ป่วย โดยมีการประสานงานเพื่อการดูแลร่วมกัน ผลที่ได้จากการดูแลต่อเนื่องคือลดการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลเป็นความเต็มใจและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล ความต้องการของทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมสำหรับบริบทโดยภาพรวมความต้องการนั้นอยากเห็นการดำเนินงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจน มีการใช้แบบบันทึก โดยที่ไม่เพิ่มภาระการทำงานของบุคลากรใช้ในการสื่อสารในทีม และช่วยให้เข้าใจปัญหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตและความต้องการของผู้ป่วยอย่างชัดเจนจนสามารถติดตามความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องที่เฉพาะเจาะจง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตที่ศึกษาได้แก่ การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยได้ให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง ตามประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองรวมทั้งการรับรู้ข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพหรือจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิตต้องตรวจรักษาตามนัด ไม่ขาดยา อายุโรคไตเรื้อรังมีความพึงใจในสุขภาพของตนเองโดยรวมเนื่องจากส่วนใหญ่ต้องการกลับไปรักษาที่บ้าน ความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ขณะรักษาในโรงพยาบาลได้รับการคำแนะนำการดูแลตนเองที่ชัดเจนเพียงพอ ได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ โดยญาติ และมีคู่มือต่างๆ การดูแลที่เหมาะสมเพื่อการเรียนรู้ที่บ้านและ

หน่วยงานรัฐสนับสนุนให้ยืมอุปกรณ์ตามความจำเป็นที่ต้องใช้ในชุมชน

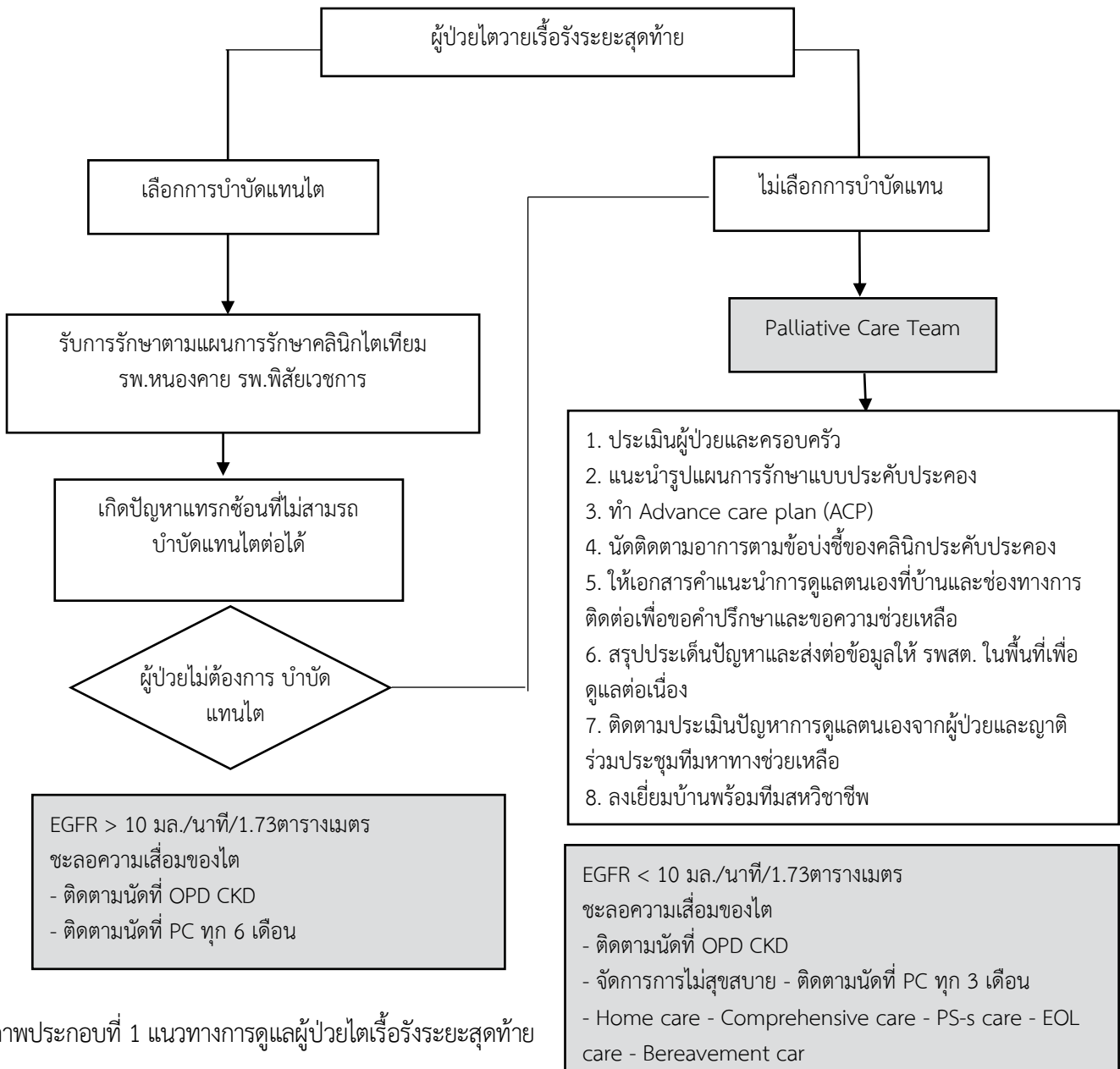
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชน ต้องเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นประจำ ได้แก่ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย แขนขาข้างที่อ่อนแรง กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคไตออกกำลังกายและช่วยเหลือตัวเอง ช่วยตัดเล็บมือเล็บเท้า เพราะผู้ป่วยก้มลำบาก และมองไม่ค่อยเห็นเนื่องจากสายตาสั้นๆ ช่วยนวดขา และเท้า ด้วยมือเพื่อบรรเทาปวดและผ่อนคลายให้สุขสบาย ดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น การอยู่เป็นเพื่อนการพูดให้กำลังใจ การทำบุญพิธีกรรมตามความเชื่อ การแจ้งข่าวญาติที่ผู้ป่วยต้องการพบปะ เช่น ลูกหลานญาติมิตร ความต้องการของผู้ดูแล พบว่าต้องการได้รับความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น วิธีการป้อนอาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผล การฉีดยาแก้ปวด และการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้มีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้อง อีกทั้งต้องการให้มีทีมสุขภาพและเครือข่ายออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพราะจะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีกำลังใจ ผู้ดูแลได้ปรึกษาความก้าวหน้าอาการผู้ป่วย และผลลัพธ์การดูแลของญาติผู้ดูแล

3. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

ผลของการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ประกอบด้วย พัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บุคลากร ทีมสหวิชาชีพจะต้องให้ความสำคัญในเรื่องการวางแผนจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 จะทำการประเมินการรับรู้โรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล ระยะที่ 2 ขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพให้ความรู้เรื่องโรค สอนสาธิตและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ และ ระยะที่ 3 พักฟื้นสภาพก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การพัฒนาระบบข้อมูลทางคลินิก แนวทางการส่งต่อทีมดูแลต่อเนื่องประสานการส่งต่อ

ข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและรับข้อมูลกลับจากชุมชนสู่โรงพยาบาลอย่างครบถ้วนรายบุคคลกับในหลากหลายช่องทาง ทั้งเป็นทางการ โดยหนังสือราชการ และ แบบไม่เป็นทางการ เช่น ทางโทรศัพท์ และทาง Social media เช่น E-mail, Line group และ Face book เป็นต้น พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วันหลังจำหน่าย โดยจัดกระบวนการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการเยี่ยม ระยะระหว่างการเยี่ยม และระยะหลังการเยี่ยมตามแนวทางการ จำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตามมาตรฐานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ได้แนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จำนวน

8 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว 2) แนะนำรูปแบบการรักษาแบบประคับประคอง 3) ทำ Advance care plan (ACP) 4) นัดติดตามอาการตามข้อบ่งชี้ของคลินิกประคับประคอง 5) ให้เอกสารคำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านและช่องทางการติดต่อเพื่อขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือ 6) สรุปประเด็นปัญหาและส่งต่อข้อมูลให้ รพสต.ในพื้นที่เพื่อดูแลต่อเนื่อง 7) ติดตามประเมินปัญหาการดูแลตนเองจากผู้ป่วยและญาติ ร่วมประชุมทีมหาทางช่วยเหลือ 8) ลงเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพสามารถสรุปเป็นแนวทางได้ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

4. ผลของการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคองอย่างเหมาะสมตามระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแล มีความรู้เกิดทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตรงตามความต้องการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยระดับความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับในภาพรวมในระดับสูงร้อยละ 86.96 มีความสามารถดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น จัดการภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้นได้ เมื่อมีภาวะวิกฤตสามารถติดต่อโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วทั้ง

บุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีทักษะการประเมินปัญหาสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมและดูแลต่อเนื่องได้ และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูงร้อยละ 87.25 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นนี้มีความสะดวก และเหมาะสมในการนำไปใช้ ในหน่วยงาน อีกทั้งมีความเข้าใจในแนวร้อยละ 96.34 ตามลำดับ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นรูปแบบที่ได้กำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชัดเจนขึ้น มีการประสานความร่วมมือและสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายให้เกิดการทำงานเป็นทีมไปในทิศทางเดียวกันและต่อเนื่อง เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุ ส่วนมากอายุ 60-65 ปี อาชีพส่วนมากทำไร่นา ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาทั้งหมด ระยะเวลาการเป็นโรคส่วนมาก 10 ปีขึ้นไป โรคประจำตัวร่วม

ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เนื่องจากเพศหญิงที่เป็นโรคไตเป็นระยะเวลานาน พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าเพศชายเมื่อป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังมานาน มักมีโรคประจำตัวร่วมด้วยโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและไขมันร่วมด้วย ทำให้อาการเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับ กนก เจริญพันธ์¹⁰

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 51-60 ปี ส่วนมากทำไร่นา ระดับการศึกษาส่วนมากจบการประถมศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนมากเป็นบุตรรายได้ส่วนมากต่ำกว่า 5,000 บาท เนื่องจากผู้ดูแลส่วนมากเป็นเพศหญิงที่คอยดูแลพ่อแม่เป็นส่วนมากพบว่า เป็นวัยกลางคนจนถึงสูงวัยตอนต้น และเป็นผู้มีรายได้ต่ำ ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ และต้องแบกรับภาระในการดูแลครอบครัว สอดคล้องกับ กขพร เชื้อนธนะและคณะ¹¹

สถานการณ์และกระบวนการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธิ์ชัยมีการกำหนดให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยมีการเน้นในกลุ่มไตเรื้อรัง สอนความรู้และฝึกทักษะการดูแลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล จนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ โดยทีมสหวิชาชีพ พร้อมทั้งบันทึกการวางแผนจำหน่าย และสามารถดูแลสุขภาพที่ศูนย์ต่อเนื่องในชุมชนได้ บางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคไตต่อเนื่องที่บ้าน การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในภาพรวมไปในแนวทางเดียวกัน จำนวน 8 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว 2) แนะนำรูปแบบการรักษาแบบประคับประคอง 3) ทำ Advance care plan (ACP) 4) นัดติดตามอาการตามข้อบ่งชี้ของคลินิก ประคับประคอง 5) ให้เอกสารคำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านและช่องทางการติดต่อเพื่อขอคำปรึกษา และขอความช่วยเหลือ 6) สรุปประเด็นปัญหาและส่งต่อข้อมูลให้ รพสต.ในพื้นที่เพื่อดูแลต่อเนื่อง 7) ติดตามประเมินปัญหาการดูแลตนเองจากผู้ป่วยและ

ญาติ ร่วมประชุมทีมหาทางช่วยเหลือ 8) ลงเยี่ยมบ้าน พร้อมทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากกระบวนการดังกล่าว ต้องใช้ทีมสหวิชาชีพ หารดูแลต่อเนื่องลงลึกในพื้นที่ การติดตามโดยชุมชนและญาติจึงประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ ขนิษฐา แก้วกัลยา และคณะ¹²

ผลการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไต ต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแล ต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม ตามระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย และความต้องการ การดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแลมีความรู้เกิดทักษะและมีความ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพิ่มสูงขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพมีทักษะการประเมินปัญหาสุขภาพผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงขึ้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นนี้มีความสะดวก และเหมาะสมในการนำไปใช้ ในหน่วยงาน ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ในชุมชนระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและต่อเนื่อง เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลโพธิสัย สอดคล้อง กับ มนต์รัตน์ ภูทองชัย และคณะ¹³

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องใน

ชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ผู้นำไปใช้ต้อง ปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง โดย สนับสนุนองค์ความรู้ผู้ดูแล ทักษะการดูแลในผู้ดูแล และ สหวิชาชีพจึงจะสำเร็จได้

2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และใช้แนวทางร่วมกันในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับศูนย์ดูแลสุขภาพต่อเนื่องจึงจะประสบ ผลสำเร็จได้

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึง ความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มี ประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ญาติผู้ดูแล และบุคลากร ในโรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีใน กระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิสัย นายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ให้ความ อนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบ ค ว า ม ส ำ เ ร ็จ

เอกสารอ้างอิง

1. นวลนิษฐ์ ลิขิตลือ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: นนทบุรี; 2556.
2. ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล. รายงานประจำปี 2558. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์: นนทบุรี; 2559.
3. Uijena A, Schersa HJ, Schellevis FG, van den Boscha JHM. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. Family Practice 2012; 29:264-271.
4. Waibel S, Henao D, Aller M, Vargas I, Vázquez M. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. International Journal for Quality in Health Care 2012; 24(1):39-48.
5. Hennen B. K. E. Learning Continuity of Care. Can Fam Physician 1981;27:831-833
6. Freeman G, Shepperd S, Robinson I, Ehrich K, Richards S. Continuity of Care: Report of a Scoping Exercise Summer 2000 for the SDO Programme of NHS R&D. London: NCCSDO, 2001.
7. โรงพยาบาลโพธิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). 2566.
8. พชรภรณ์ เจนใจวิทย์. การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง: ตอนที่ 1 แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2017; 40(3):138-147.

- 9.วันเพ็ญ นิคมรักษ์, พัชรภรณ์ เจนใจวิทย์. รายงานการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องในครอบครัว. วารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ 2558; 38(1): 108-120.
10. กนก เจริญพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2566;6(1): 55-64.
11. กขพร เชื้ออนันะ และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนอำเภอเชียงกลางจังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(2): 272-285.
12. ชนิษฐา แก้วกัลยา และคณะ. การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่าย ประจักษ์ศิลปาคม. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2566;6(1): 55-64.
13. มนต์รัตน์ ภูทองชัย และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2561;5(1): 63-72.

พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศิครภูมิ

Healthy Behavior and Cardiovascular Risk in Diagnosed Type 2 Diabetes Patients, Sikhoraphum Hospital.

(Received: June 11,2024 ; Revised: June 22,2024 ; Accepted: June 23,2024)

ธรรมรัตน์ วาวงศ์มูล¹

Thammarat Wawongmool¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศิครภูมิ เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลศิครภูมิและได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 ใช้โปรแกรมประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดออนไลน์ (Thai CV risk calculator) ประเมินโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า วิเคราะห์เปรียบเทียบ 2 กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Mann-Whitney U test และ Chi-squared test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 275 คน อายุเฉลี่ย 54.66±7.11 ปี พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 6.18 (17 คน) พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: โรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The research was survey research by cross-sectional descriptive survey, that was conducted among all patients with T2DM who presented to the diabetic clinic of Sikhoraphum hospital, between the 1st of January to 31st of December 2023. The Thai CV risk calculator was used to calculate the 10-year cardiovascular risk (CVR). Statistical analysis was done using Mann-Whitney U test and Chi-squared test compare of result.

The result showed a total of 349 patients with T2DM were recruited and included in the final analysis. Their mean age ($\pm SD$) was 54.66(± 7.11) years. 6.18 % (17 patients) had high risk of future cardiovascular events. Food consumption behavior, medication adherence and stress management were significantly associated with the high risk of having CVD ($p<0.05$).

Keywords: Cardiovascular disease, Diabetes patients, Healthy Behavior

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองตีบ (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ เพราะเป็นสาเหตุการป่วย พิการ และเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลกรวมถึงประเทศไทย ส่งผลให้เกิดภาระ และการสูญเสียในทุกมิติ ทั้งกาย จิต สังคม เศรษฐกิจ ต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ โดยปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจ

และหลอดเลือดในคนไทย ที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันเลือดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน และการมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองในครอบครัว การประเมินมีโอกาสรiskต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหลัก¹ ปัจจุบันการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความก้าวหน้ามาก มีแนวทางการรักษาในระยะแรกๆที่ชัดเจน แต่ยังพบผู้ป่วยมารับการรักษาช้า เกินกว่าระยะเวลาที่กำหนด ที่จะให้

¹ พ.บ. โรงพยาบาลศิครภูมิ จังหวัดสุรินทร์

การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หรือกินระยะเวลาที่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด² สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมารักษาล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ อาการเจ็บหรือแน่นหรือจุกที่หน้าอก ล้นปี่ คอหรือขากรรไกร เมื่อยล้าที่แขน คอขากรรไกร โดยไม่ทราบสาเหตุ หายใจไม่ออก หอบเหนื่อย หน้ามืด และหมดสติ³

ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยง ต่อภาวะหลอดเลือดตีบตันสูงกว่าประชาชนทั่วไป หากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีการพยากรณ์โรคเลวร้ายกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด จำเป็นต้องดูแลแบบองค์รวมอย่างเข้มงวด^{4,5} ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการคัดกรอง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองทุกปี ได้แก่ การสูบบุหรี่ ประวัติของโรคหลอดเลือดหัวใจ ในครอบครัว ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะ peripheral arterial disease และการตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria)⁶ ประกอบกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงขึ้นได้ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ การลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง อาหาร และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เพิ่มการบริโภคผักสด และผลไม้ที่ไม่หวานจัด ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ลดการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และหยุดการสูบบุหรี่⁷ ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคล มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแผนการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม⁸ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ความเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยง⁹

พื้นที่อำเภอศีขรภูมิ ปี 2564-2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 150, 170 และ 189 คน ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของโรงพยาบาล โดยมากกว่าร้อยละ 30 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹⁰ จำเป็นต้องเร่งหาวิธีป้องกันความเสี่ยง โรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เริ่มมีการประเมินความเสี่ยงเพื่อนำปัจจัยเหล่านั้นไปออกแบบการรักษารายบุคคล เนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลัว หรือเฝ้าสังเกตอาการเตือน มีความระมัดระวังต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผน การรักษาที่เหมาะสมตามความเป็นจริง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศีขรภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศีขรภูมิ และได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน¹¹ กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ผู้วิจัยทราบขนาดของประชากรเท่ากับ 788 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะเท่ากับ 275 คน การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีใช้ตารางเลขสุ่มให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่กำหนด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) 1) มีอายุระหว่าง 35 -60 ปี 2) ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวคือโรคหัวใจขาดเลือดหรือเส้นเลือดในสมองขาดเลือด 2) ผู้ป่วยติดเชื้อหรือพิการ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งแบ่งเนื้อหาที่เก็บออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคร่วม

2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต รอบเอว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด การทำงานของไต คะแนน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้โปรแกรมประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดออนไลน์ (Thai CV risk calculator) ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้ประเมินโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 10 ปี ข้างหน้าของคนไทย โดยทำนายจากข้อมูล อายุ เพศ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หากไม่มีผลตรวจเลือดสามารถใช้ข้อมูลเส้นรอบเอวหรือส่วนสูง หากมีผลตรวจเลือดจะใช้ข้อมูลระดับไขมัน เช่น คอเลสเตอรอลรวม คอเลสเตอรอลเลว คอเลสเตอรอลดี โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 < 10% ความเสี่ยงต่ำ

ระดับที่ 2 10-19% ความเสี่ยงปานกลาง

ระดับที่ 3 20-29% ความเสี่ยงสูง

ระดับที่ 4 30-39% ความเสี่ยงสูงมาก

ระดับที่ 5 $\geq$ 40% ความเสี่ยงสูงอันตราย

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กำหนดให้ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นครั้งคราว

เท่ากับ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน แบ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร(หวาน/มัน/เค็ม) 8 ข้อ พฤติกรรมการใช้ยา 4 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย 4 ข้อ พฤติกรรมการนอนหลับ 3 ข้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียด 4 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 23-69 คะแนน โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom¹² แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุง คือ พฤติกรรมสุขภาพระหว่าง 23-35 คะแนน ปานกลาง คือ พฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 36-54 คะแนน และ ดี คือ พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ระหว่าง 55-69 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเอง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ได้ค่า CVI ระหว่าง 0.80-1.00 2.การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.74-0.82

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจังหวัดสุรินทร์

2. ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือ ขอเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยค้นหา กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. เมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ และแจ้งให้ทราบว่า การวิจัยครั้งนี้ไม่ใช้การบริการสาธารณสุข หากไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ กลุ่มตัวอย่าง จะไม่เสียประโยชน์ใดๆ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ในระบบฐานข้อมูลสุขภาพโรงพยาบาล และสอบถามผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ปรากฏในเวชระเบียน วันที่ให้บริการคลินิกเบาหวาน ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย และในกรณี ที่กลุ่มตัวอย่างไม่มาตามนัด ผู้วิจัยแจ้งพยาบาลประจำคลินิกประสานผู้ป่วยเข้ามารับบริการตามวันเวลาที่นัดหมาย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 10-15 นาที

7. ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูล มาลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ 2 ครั้ง (Double Entry) เพื่อลดความผิดพลาดจากการลงข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

8. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

9. สรุปผลที่ได้จากการวิจัย และนำเสนอผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังต่อไปนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน

(Median) ค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) วิเคราะห์เปรียบเทียบ 2 กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Mann-Whitney U test และ Chi-squared test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 19/2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.09 อายุเฉลี่ย 54.66 ± 7.11 ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ 68.00 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 89.82 มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 4.36 เป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 74.55

ตารางที่ 1 โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CV risk score)

ระดับ CVD risk score (n=275)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1 < 10% ความเสี่ยงต่ำ	161	58.55
ระดับที่ 2 10-19% ความเสี่ยงปานกลาง	97	35.27
ระดับที่ 3 20-29% ความเสี่ยงสูง*	17	6.18

*High risk – CVD risk score of more than 20%

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูล (n=275)	เกณฑ์	จำนวน	ร้อยละ
น้ำตาลสะสม (HBA1C)	> 8%	113	41.09
ความดันตัวบน (SBP)	> 140 mmHg	29	10.55
ความดันตัวล่าง (DBP)	> 90 mmHg	14	5.09
ดัชนีมวลกาย	>30 kg/m ²	52	18.91
ไขมันตัวร้าย (LDL)	> 100 mg/dl	52	18.91
Current smoker	ยังสูบบุหรี่	8	2.91

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าพารามิเตอร์ทางชีวการแพทย์ของผู้ป่วยกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับสูง

ข้อมูล (n=275)	High risk median(IQR)	Normal median(IQR)	รวม median(IQR)	p-value
น้ำตาลในเลือด (FBS), mg/dl	130 (115-165)	144 (121-186)	143 (121-184)	0.181
น้ำตาลสะสม (HBA1C), %	7 (6.6-8.1)	7.5 (6.7-9.0)	7.5 (6.6-9.0)	0.346
ความดันบน (SBP), mmHg	136 (124-146)	128 (120-137)	128 (120-137)	0.032*
ความดันล่าง (DBP), mmHg	88 (78-94)	72 (66-78)	72 (66-79)	<0.001*
ดัชนีมวลกาย, กก./ม ²	27.55 (22.03-31.75)	24.65 (21.94-28.72)	24.65 (21.94-29.00)	0.420
ไขมันตัวร้าย (LDL), mg/dl	102 (67-149)	94 (75-120)	94 (75-122)	0.398
ไขมันตัวดี (HDL), mg/dl	58 (41-71)	48.5 (38-62)	49 (38-62)	0.684
การทำงานของไต (GFR), ml/min	96.32 (77.67-98.79)	97.66 (79.69-104.74)	97.41 (78.47-104.6)	0.285

*sig p<0.05 by Mann-Whitney U test

ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ เมื่อประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดออนไลน์ (Thai CV risk calculator) ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง (High risk CVD) ร้อยละ 6.18 (17 คน) (ตารางที่ 1) โดยส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้ น้ำตาลสะสมมากกว่า ร้อยละ 8 พบ ร้อยละ 41.09 รองลงมาคือดัชนีมวลกายสูงกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 18.91 และไขมันตัวร้าย (LDL) สูงกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 18.91 (ตารางที่ 2-3) โดยพบว่ากลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง มีระดับความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (ตารางที่ 4) **พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด** พฤติกรรมสุขภาพ ที่พบว่ามีปัญหา ด้านอาหารได้แก่ การรับประทานอาหารตรงเวลา การรับประทานอาหารที่เน้นผักใบ และการรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวาน ด้านการออกกำลังกาย

กาย ได้แก่ ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที การออกกำลังกาย หลังอาหารมื้อหลัก นาน 2 ชั่วโมง และการเลือกรองเท้าออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ วันละ 6-8 ชั่วโมง และการเข้านอนตรงเวลา ด้านการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องนี้ การพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนคุ้นเคยได้ เมื่อไม่สบายใจ การหางานอดิเรกทำ เมื่อเกิดความเครียด และการเก็บปัญหาไว้คนเดียวไม่ปรึกษาใคร

ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 41.18 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.53 และควรปรับปรุง ร้อยละ 35.29 โดยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรม การจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมสุขภาพ (n=275) (คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด)	High risk CVD median(IQR)	Normal median(IQR)	p-value
พฤติกรรมสุขภาพรวม (23-69)	42 (34-56)	58 (56-61)	<0.001*
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (8-24)	17 (15-20)	23 (22-23)	<0.001*
พฤติกรรมการใช้ยา (4-12)	9 (8-11)	12 (11-12)	<0.001*
พฤติกรรมการออกกำลังกาย (4-12)	6 (4-9)	7 (7-9)	0.155

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมสุขภาพ (n=275) (คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด)	High risk CVD median(IQR)	Normal median(IQR)	p-value
พฤติกรรมกรรมการนอนหลับ (3-9)	5 (5-9)	7 (7-8)	0.063
พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด (4-12)	8 (8-11)	8 (5-10)	0.046*

High risk – CVD risk score of more than 20% ,Mann-Whitney U test

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ทำให้ค้นพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงร้อยละ 6.18 (17 คน) ซึ่งแพทย์ต้องให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการตนเองอย่างเข้มงวด และติดตามพฤติกรรม ทุก 1-3 เดือนโดยยึดหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 2 ส. (ไม่สูบบุหรี่และลดการดื่มสุรา) ¹³ ส่งเสริมและป้องกันดูแลเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ และกำหนดวัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนเพื่อให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้าลดลง อีกทั้งมีการกำกับติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ¹⁴ ซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคก่อน ดังนั้น แพทย์และพยาบาล ควรให้ข้อมูลและส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถูกต้องเหมาะสม ¹⁵ ซึ่งการศึกษานี้มีการรายงานระดับความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นรายบุคคลทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง

การศึกษานี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาของ พรพิมล กรกฎำจร และ คณะ พบว่าความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ¹⁶ อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีโอกาสเสี่ยงเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การจัดการ

ความเครียด และการรับประทานยาเบาหวานอย่างเข้มงวด โดยควรจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามอย่างเป็นกันเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ และมีความพร้อม ที่จะปฏิบัติอย่างเหมาะสม และถูกต้องมากขึ้น

การศึกษานี้ทำให้ทราบสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลการวิเคราะห์สำหรับการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยมุ่งเน้นค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ติดตามเฝ้าระวังให้ตระหนักในการดูแลตนเอง รวมถึงมีสมาชิกในครอบครัวช่วยกำกับดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลในเรื่องการรับประทาน ด้วยการจัดยาให้ในผู้สูงอายุและคอยเตือน เรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความตระหนักตื่นตัวถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ดีขึ้น

3. ควรมีการรายงานระดับความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยทราบและตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

รวมถึงอาการและการจัดการเพื่อลดความสูญเสียต่อ
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

จัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน

4. ควรพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเบาหวาน ให้มี
ความรู้ด้านอาการและอาการแสดงรวม ทั้งการ

เอกสารอ้างอิง

1. จุริพร คงประเสริฐ, สุมณี วัชรสินธุ์, ณัฐจิรพรรณ พันธมุง. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง นนทบุรี สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
2. Gorog DA, Ferreiro JL, Ahrens I, Ako J, Geisler T, Halvorsen S, et al. De-escalation or abbreviation of dual antiplatelet therapy in acute coronary syndromes and percutaneous coronary intervention: a Consensus Statement from an international expert panel on coronary thrombosis. *Nature Reviews Cardiology* 2023;20(12):830-44.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal* 2018;39(2):119-77.
4. Gæde P, Lund-Andersen H, Parving H-H, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine* 2008;358(6):580-91.
5. Li R, Zhang P, Barker LE, Chowdhury FM, Zhang X. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes care* 2010;33(8):1872-94.
6. Association AD. Standards of care in diabetes—2023 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes* 2023;41(1):4-31.
7. จุริพร คงประเสริฐ, ธิราชรัตน์ อภิญา. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2558.
8. Azahar NMZM, Krishnapillai ADS, Zaini NH, Yusoff K. Risk perception of cardiovascular diseases among individuals with hypertension in rural Malaysia. *Heart Asia* 2017;9(2).
9. Rouyard T, Kent S, Baskerville R, Leal J, Gray A. Perceptions of risks for diabetes-related complications in Type 2 diabetes populations: a systematic review. *Diabetic Medicine* 2017;34(4):467-77.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [cited 17 มีนาคม 2567]. Available from: https://sm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=f346e9d449b04c07cc80edeefc0cc360.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30:607 - 10.
12. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
13. จุริพร คงประเสริฐ, สุมณี วัชรสินธุ์, ณัฐจิรพรรณ พันธมุง. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2558.
14. อุทัย รามฤทธิ์. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน* 2021;6(3):29-37.
15. จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิทย์ ทองแดง, ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, สุจิตรา ชัยวุฒิ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *NURS SCI J THAIL* 2565;40(3):42-59.
16. พรหมิล กรกฎกำจร, รัชณี นามจันทร์, ฐิติอาภา ตั้งควานิช. ความรู้ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2563;31(1):46-61.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

A Study of the Relationship between Health Literacy and Personal Factors and Health Protective Behaviors of Coronavirus Disease 2019 Among Village Health Volunteers in Thanyaburi District, Pathum Thani Province.

(Received: June 11,2024 ; Revised: June 23,2024 ; Accepted: June 24,2024)

นักสราดา จันทร์ขอนแก่น¹, เกษร สำเภาทอง²

Napasrada Chankhonkaen¹, Kaysorn Sumpowthong²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 338 คน ในเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติ Multiple logistics regression นำเสนอค่าความสัมพันธ์ในรูปแบบ Adjusted Odds Ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.318$, $p < 0.001$) ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ เพศชาย (AOR = 0.41, 95% CI=0.19-0.86, p-value = 0.018) และการจบการศึกษาระดับชั้น ปวส. ขึ้นไป (AOR =0.33, 95% CI=0.16-0.68, p-value = 0.003) ในขณะที่เดียวกันพบว่าความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับไม่ดีและพอใช้ (AOR = 0.28, 95% CI=0.15-0.56), p-value < 0.001) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (AOR =2.32, 95% CI=1.21-4.46, p-value = 0.012) และผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 (AOR =3.16, CI=1.18-8.44, p-value = 0.022)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19, พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19, ปัจจัยส่วนบุคคล, โรคโควิด 19

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to study the relationship between health literacy and personal factors and health protective behaviors of coronavirus disease 2019 among village health volunteers in Thanyaburi District, Pathum Thani Province. Data were collected by questionnaire from a sample of 338 people in July - September 2023. Analyze data using Pearson correlation statistics and Multiple logistics regression, the adjusted odds ratio (AOR) model presented, 95% confidence interval at the statistical significance level (p-value < 0.05)

The results of the study found that Health literacy has a positive relationship with health protective behaviors with statistical significance ($r = 0.318$, $p < 0.001$). And personal factors that are related to health literacy in preventing COVID-19 disease include being male (AOR = 0.41, 95% CI=0.19-0.86, p-value = 0.018) and graduated from level Higher Vocational Certificate or higher (AOR =0.33, 95% CI=0.16-0.68, p-value = 0.003). At the same time, it was found that health literacy and personal factors were significantly related to behavior in preventing COVID-19 disease include health literacy in preventing coronavirus disease 2019 that is low and fair level (AOR = 0.28, 95% CI=0.15-0.56), p-value < 0.001) and being over 60 years old (AOR =2.32, 95% CI=1.21-4.46, p-value = 0.012) and family history of never being infected with COVID-19 (AOR =3.16, CI=1.18-8.44, p-value = 0.022).

¹ นักศึกษาปริญญาโท, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (เอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Keywords: Health Literacy, Health protective behavior, Personal factors, Coronavirus disease 2019, COVID-19 disease

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ได้รับรายงานพบผู้ติดเชื้อเป็นครั้งแรกในช่วง เดือน ธันวาคม 2562 ในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งได้มีการแพร่ระบาดไปหลายประเทศทั่วโลก¹ มีผู้ป่วยสะสมรวมมากกว่า 618 ล้านราย มีจำนวน ผู้เสียชีวิตสะสมกว่า 6.53 ล้านราย คิดเป็น อัตราการ เสียชีวิตร้อยละ 1.06 ของจำนวนผู้ติดเชื้อ (ข้อมูล ณ วันที่ 22 กันยายน 2565) โดยจำนวนผู้ป่วยรายวัน ยังคงมีให้เห็นทุกวัน แม้สถานการณ์ทั่วโลกจะเริ่ม คลี่คลายลง อาการทั่วไป ได้แก่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิตได้² โดยประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อ โรคโควิด 19 สะสม จากการระบาดในช่วง 1 เมษายน 2564 – 22 กันยายน 2565 กว่า 4.64 ล้านราย จำนวนผู้ติดเชื้อเข้าข่าย Antigen Test Kit (ATK) บวก สะสม 8.03 ล้านราย การระบาดกระจายไปใน ทุกภาคทั่วประเทศ การเสียชีวิตจากการระบาด ในช่วงนั้นอยู่ที่จำนวน 32,589 ราย³

จากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของโรคโควิด 19 นั้นได้ส่งผลกระทบต่อประชาชนในหลายด้านทั้ง ในด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม รวมไปถึง การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป รัฐบาลจึงมีการ ประกาศใช้มาตรการในการรับมือกับโรคอย่างเข้มข้น ได้มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ และ ภาคเอกชน ที่เข้ามามีบทบาทในการร่วมรับมือ เพื่อ จัดการให้โรครบาดนั้นอยู่ในวงจำกัดและสงบลงได้ โดยเร็ว⁴ ในปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมามีจำนวนผู้ติดเชื้อ รายใหม่คงตัว และลดลงตามลำดับอย่างต่อเนื่อง ทำ ให้องค์การอนามัยโลกและนานาชาติประเทศ ชื่นชม ศักยภาพของประเทศไทยในการควบคุมโรคเป็นอย่างดี มาก⁵ กลุ่มที่ถูกกล่าวถึงและได้รับคำชื่นชมเป็นอย่างมาก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ

อสม. ที่ได้สร้างเกียรติยศ และชื่อเสียงให้ประเทศไทย ว่ามีระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุด⁶

ทั้งนี้ อสม. เป็นอีกหนึ่งกำลังสำคัญในช่วง วิกฤติการระบาดของโรคโควิด 19 มีบทบาทหน้าที่ คอยช่วยเหลืองานแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข รวมถึงการมีส่วนร่วมในการดูแล ประชาชนในพื้นที่ เฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรค ในชุมชน⁷ ด้วยบทบาทหน้าที่และภารกิจที่ต้องทำ อสม. จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมี พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ที่เหมาะสม⁸ เพื่อให้ ปลอดภัยจากโรคโควิด 19 และเป็นแบบอย่างที่ดี ให้แก่ประชาชนในชุมชน อีกทั้งการแพร่ระบาดของ ข้อมูลข่าวปลอม (Fake News) ที่อาจทำให้ อสม. เกิดการเข้าใจผิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง เกิด ความตื่นตระหนกกับข้อมูลที่เป็นเท็จ และแชร์ต่อ ข้อมูลนั้นแก่ประชาชน ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสียหาย ความขัดแย้ง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ผิดได้⁹ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้อง มีควบคู่ไปกับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในวิกฤติ โรคระบาดครั้งนี้

จังหวัดปทุมธานี มียอดผู้ติดเชื้อสะสมในช่วง 1 มกราคม – 12 กันยายน 2565 จำนวน 61,679 ราย ยอดผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 228 ราย โดยมีผู้ ติดเชื้อกระจายไปในหลายพื้นที่หนึ่งในนั้นคืออำเภอ ฉัญบุรี มียอดผู้ติดเชื้อสะสมกว่า 14,005 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 50 ราย มีประชากรกว่า 214,091 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 12 กันยายน 2565)¹⁰ มี อสม. ในพื้นที่ จำนวน 1,137 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565)¹¹ คิดเป็นอัตราส่วน อสม. อำเภอฉัญบุรี 1 คน ต่อประชากร อำเภอฉัญบุรี จำนวน 188 คน โดยมีจำนวนมากที่สุด เมื่อ เปรียบเทียบกับอำเภออื่นในจังหวัดปทุมธานี

ปัจจุบันความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้เข้ามามี ความสำคัญกับระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจาก สถานการณ์ปัญหาการเกิดโรครามีมากในทุกพื้นที่

องค์การอนามัยโลก จึงได้ประกาศให้ประเทศชาติสมาชิก ให้ความสำคัญกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น¹² โดยมีคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญ 6 ประการดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งคุณลักษณะทั้งหมดนี้จะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งจำเป็นกับประชาชนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นอย่างมาก เมื่อ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในพื้นที่รวมถึงไม่พบการนำไปปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษาร่วมด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ขึ้นมา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนางานด้าน อสม. และเตรียมพร้อมเผชิญปัญหาภัยกับโรคระบาดอื่นๆในอนาคตได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-Sectional Study)

ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 1,137 คน ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน(ทราบประชากร)¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 338 คน เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ กรกฎาคม – กันยายน 2566

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานีที่ปฏิบัติงานที่มากกว่า 1 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

2. เกณฑ์การคัดเลือกรับจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่ ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. และประวัติการเป็นโรคโควิด 19 โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 22 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก โดยแบบสอบถามผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ¹⁵ และพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 19 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

สถิติพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด 19 ของ อสม. โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 และปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. และประวัติการเป็นโรคโควิด 19) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการวิจัย 66PU018 วันที่ 16 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 89.6 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.4 มีสถานภาพสมรส สมรส/คู่ ร้อยละ 63.6

จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 34.3 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 47.0 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.9 โดยมีช่วงระยะเวลาในการเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.8 และจากช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมามีพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีประวัติเคยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 60.9 รวมถึงคนในครอบครัวมีประวัติเคยติดเชื้อโควิด 19 มากถึง ร้อยละ 76.3

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จากการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในด้านการป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโควิด 19 ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ต่อบุคคลอื่น และการป้องกันด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (n=338)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวม		การป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโควิด 19		การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ต่อบุคคลอื่น		การป้องกันด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพ	.323	<0.001	.328	<0.001	.229	<0.001	.277	<0.001

หมายเหตุ r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคโควิด 19

3.1 จากการศึกษาที่นำตัวแปรมาจัดกลุ่มและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละคู่ (Univariable Analysis) ที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.20$ นำเสนอค่าความสัมพันธ์ในรูปแบบ Crude

Odds Ratio (COR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 และนำตัวแปรดังกล่าวไปวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ต่อไป

3.2 ความสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรค

โควิด 19 จากการนำตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.20$ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) นำเสนอค่าความสัมพันธ์ในรูปแบบ Adjusted Odds Ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ตัวแปรในแบบสุดท้าย พบว่า เพศ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยกว่าเพศหญิง ร้อยละ 59 (95% CI=0.19-0.86, $p\text{-value}=0.018$) และพบว่าผู้ที่จบชั้นประถมศึกษาจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับปวส. ขึ้นไป ร้อยละ 67.0 (95% CI=0.19-0.86, $p\text{-value}=0.018$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด 19

4.1 จากการศึกษาที่นำตัวแปรมาจัดกลุ่มและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละคู่ (Univariable Analysis) ที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.20$ นำเสนอค่าความสัมพันธ์ในรูปแบบ Crude Odds Ratio (COR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจากผลการวิเคราะห์พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 อายุ ประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ของ อสม. และประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ของคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และนำตัวแปรดังกล่าวไปวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุต่อไป ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (n=338)

ตัวแปร	พฤติกรรมการ (ร้อยละ)		Crude OR (95% CI)	p-value
	ไม่ดี/พอใช้	ดี/ดีมาก		
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19				*<0.001
ไม่ดี/พอใช้	30 (60.0)	20 (40.0)	0.28 (0.14-0.54)	
ดี/ดีมาก (Reference)	97 (33.7)	191 (66.3)	1.00	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
2. เพศ				0.544
ชาย	5 (14.3)	30 (85.7)	1.42 (0.46-4.35)	
หญิง (Reference)	45 (14.9)	258 (85.1)	1.00	
3. อายุ				*0.022
< 60 ปี (Reference)	26 (19.4)	108 (80.6)	1.00	
60 ปีขึ้นไป	24 (11.8)	180 (88.2)	2.34 (1.13-4.82)	
4. สถานภาพสมรส				0.930
โสด (Reference)	8 (14.8)	46 (85.2)	1.00	
อื่นๆ ได้แก่ สมรส/คู่ และหม้าย/หย่าร้าง	42 (14.8)	242 (85.2)	1.04 (0.44-2.48)	
5. ระดับการศึกษา				0.773
ประถมศึกษา	24 (15.9)	127 (84.1)	0.87 (0.32-2.31)	
มัธยมศึกษา (ต้น-ปลาย)	17 (14.7)	99 (85.3)	0.99 (0.41-2.40)	
อื่นๆ ได้แก่ ปวส. อนุปริญญา	9 (12.7)	62 (87.3)	1.00	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (n=338)

ตัวแปร	พฤติกรรมการ (ร้อยละ)		Crude OR (95% CI)	p-value
	ไม่ดี/พอใช้	ดี/ดีมาก		
ป.ตรี และป.โท (Reference)				
6. อาชีพ				0.521
แม่บ้าน/พ่อบ้าน(Reference)	28 (15.6)	151 (84.4)	1.00	
อื่นๆ ได้แก่ รับจ้าง ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว และเกษียณอายุ เป็นต้น	22 (13.8)	137 (86.2)	0.78 (0.37-1.66)	
7. รายได้				0.605
< 5,000 บาท	28 (16.9)	138 (83.1)	1.22 (0.58-2.54)	
> 5,000 บาท (Reference)	22 (12.8)	150 (87.2)	1.00	
8. ระยะเวลาการเป็น อสม.				0.698
< 10 ปี	30 (14.9)	172 (85.1)	1.15 (0.58-2.28)	
> 10 ปี (Reference)	20 (14.7)	116 (85.3)	1.00	
9. ประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ของ อสม.				*0.143
เคย (Reference)	32 (15.5)	174 (84.5)	1.00	
ไม่เคย	18 (13.6)	114 (86.4)	0.58 (0.28-1.21)	
10. ประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ของ คนในครอบครัว				*0.018
เคย (Reference)	44 (17.0)	214 (82.9)	1.00	
ไม่เคย	6 (7.5)	74 (92.5)	3.35 (1.23-9.17)	

หมายเหตุ *= p-value < 0.20

4.2 ความสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด19 จากการนำตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.20 มาวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) นำเสนอค่าความสัมพันธ์ในรูปแบบ Adjusted Odds Ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ตัวแปรในแบบสุดท้าย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 อายุ และประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ของคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยพบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค

โควิด 19 ในระดับไม่ดีและพอใช้ จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดีขึ้นไปถึง ร้อยละ 70.7 (95% CI=0.15-0.56), p-value < 0.001) โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดีขึ้นไป มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี เป็น 2.32 เท่า (95% CI=1.21-4.46), p-value = 0.012) ทั้งนี้พบว่าผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดีขึ้นไป มากกว่าผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเคยติดเชื้อโควิด 19 เป็น 3.16 เท่า (95% CI=1.18-8.44), p-value = 0.022) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 (n=338)

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19		
	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
1. ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19			**<0.001
ไม่ตี/พอใช้	0.28 (0.14-0.54)	0.29 (0.15-0.56)	
ดี/ดีมาก (Reference)	1.00	1.00	
2. อายุ			*0.012
< 60 ปี (Reference)	1.00	1.00	
60 ปีขึ้นไป	2.34 (1.13-4.82)	2.32 (1.21-4.46)	
3. ประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ของอสม.			0.191
เคย (Reference)	1.00	1.00	
ไม่เคย	0.58 (0.28-1.21)	0.62 (0.30-1.27)	
4. ประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ของคนในครอบครัว			*0.022
เคย (Reference)	1.00	1.00	
ไม่เคย	3.35 (1.23-9.17)	3.16 (1.18-8.44)	

หมายเหตุ * = p-value < 0.50 , ** = p-value < 0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบประเด็นสำคัญ นำมาสู่การอภิปรายผล ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19
จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยอภิปรายผลได้ดังนี้

1.1 เพศ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยกว่าเพศหญิง ร้อยละ 59.0 สอดคล้องกับการศึกษาของนพพร การถัก¹⁶ ได้ทำการศึกษาศาสนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมในการ

ติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย 3.67 เท่า อาจมีแนวโน้มมาจากการที่เพศหญิงมีการสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่า เพศชาย ทำให้เข้าใจในกระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพได้มากกว่า และมีการเข้าถึงบริการทางการแพทย์มากกว่าเพศชาย รวมถึงอุปนิสัยการป้องกันโรคของผู้ชายกับผู้หญิงที่ค่อนข้างแตกต่างกัน และให้ความสนใจกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ค่อนข้างน้อยกว่าเพศหญิง

1.2 ระดับการศึกษา ผู้ที่จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยกว่าผู้ที่จบระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้น ปวส. ขึ้นไป ร้อยละ 67.0 สอดคล้องกับการศึกษาของปาจรา โพธิ์หัง¹⁷ ที่ได้ทำการศึกษาศาสนาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย โดยพบว่าระดับการศึกษามี

ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพยิ่งระดับการศึกษาสูงขึ้นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพยิ่งสูงขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำ ทั้งนี้พบว่า อสม. อำเภอธัญบุรี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาตอนปลาย มากถึง ร้อยละ 79.0 แต่เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีติดตัว อสม. มาก่อนที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ในทันที การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์การระบาดครั้งนี้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ของคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวันรุ่ง เยาวกุล¹⁸ ที่ทำการศึกษารื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และเมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับไม่ต่ำและ

พอใช้ จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดีขึ้นไป ถึง ร้อยละ 70.7 เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือระดับความสามารถและทักษะของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจ ข้อมูลที่ถูกต้องด้านสุขภาพ และสามารถนำมาวิเคราะห์ ได้ตอบหรือซักถาม เพื่อนำไปสู่ตัดสินใจเลือกทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ตลอดจนสามารถบอกต่อและถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ให้แก่ครอบครัวและชุมชน ในส่วนของ อสม. อำเภอธัญบุรี พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก จึงส่งผลทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับดีมากตามไปด้วย

2.2 อายุ พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดีขึ้นไปมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี 2.32 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของมนัญญา ผลภิญโญ, อิศศักดิ์ พาจันทร์ และลำพึง วอนอก¹⁹ ที่ทำการศึกษายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ระดับดี เป็น 2.71 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ≤ 19 ปี ทั้งนี้สาเหตุอาจมาจากการที่ อสม. มีอายุมากขึ้น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงรวมถึงการมีโรคประจำตัว อาจทำให้ อสม. ที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับดีขึ้นไปมากกว่า อสม. ที่มีอายุน้อย เนื่องจากสุขภาพร่างกายยังแข็งแรงและไม่ค่อยมีความกังวลต่อความเจ็บป่วย

2.3 ประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ของคนในครอบครัว ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 มาก่อนจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีกว่าผู้ที่เคยมีประวัติคนในครอบครัวติดเชื้อโค

วิต 19 ถึง 3.16 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Maria G. and Mardiana D. Puspitasari²⁰ ที่ศึกษาผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว พบว่าสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคกลัวว่าจะทำให้คนในครอบครัวติดเชื้อจากตนเอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้สมาชิกในครอบครัวของ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ดี และทำให้บางครอบครัวอาจจะไม่เคยมีใครในครอบครัวเคยติดเชื้อโควิด 19 เลย ในกรณีที่เคยมีคนในครอบครัวมีประวัติในการติดเชื้อโควิด 19 มาแล้วอาจทำให้ความวิตกกังวลต่อโรคลดลงความเคร่งครัดน้อยลงตามไปด้วยนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่ไม่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เข้าใจง่ายและ

เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้นำไปสู่การปฏิบัติได้จริงในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และโรคระบาดอื่นๆ ในอนาคต

2. ควรมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ถึงความรู้แรงของโรคโควิด 19 ในทุกเพศ ทุกวัย เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เคร่งครัดมากขึ้น ถึงแม้ว่าโรคโควิด 19 จะกลายเป็นโรคประจำถิ่นแต่การระบาดของโรคอาจยังคงมีให้เห็นเป็นระยะๆ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยแบบ Mixed Method เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. ควรทำการศึกษาในรูปแบบการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มโดยวัดผลก่อนและหลัง และเพิ่มโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ควบคู่ไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. [Internet]. Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers (general); 2021- . [cited 2022 March 22]. from <https://www.who.int/thailand>
2. วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พ.ศ.-ส.ศ. 2564;4(2):126-137.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [Internet]. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน; 2565- . [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2565]; จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboards/>
4. สุภาพร จรุงเหลื่อม และคณะ. การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ในช่วงควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนเมือง อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยาสานาตรบัณฑิต]. [นครราชสีมา]: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 2563
5. สำนักงานบริหารนโยบายของนายกรัฐมนตรี. [Internet]. ต่างชาติยกย่องแนวทางไทยสู้โควิด-19 แต่ “การ์ดต้องไม่ตก”; 2563- . [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2565]; จาก <https://www.pmdu.go.th/thai-covid/>
6. World Health Organization (Thailand). [Internet]. อสม.ไทยกว่าล้านคน หรือ “ผู้ปิดทองหลังพระ” ช่วยสอดส่องดูแลให้ชุมชนห่างไกลโควิด 19; 2020- [cited 2022 July 15]; from <https://www.who.int/thailand/news>, 2020
7. สรรพมณี เอี่ยมบุญ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. พ.ศ.-ส.ศ. 2564;1(2):75-90.
8. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [Internet]. 9 วิธีหนี COVID-19; 2563- . [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2565]; จาก <https://www.facebook.com/470988516420706/posts/1364378527081696/>
9. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. [Internet]. Fake News ลงให้เชื่อ หลอกให้แชร์; 2562- . [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2565]; จาก <https://www.etda.or.th/th/>

- 10.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. [Internet]. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ละรอก
มกราคม 2565 จังหวัดปทุมธานี;2565-. [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2565]; จาก <https://www.facebook.com /pte.moph>
- 11.กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. [Internet]. โควตา อสม. สสอ.ธัญบุรี ประจำปีงบประมาณ 2565; 2565- . [เข้าถึงเมื่อ 10
กันยายน 2565]; จาก <https://govwelfare.cgd.go.th/>
- 12.World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and
Health Promotion Unit. Health promotion glossary, Geneva, Switzerland: Author; 1998
- 13.วัชรพร เชนสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่ การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ.
ก.ย.-ธ.ค. 2560;44(3):183-197.
- 14.Wayne, W. D. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.). New York: John Wiley &
Sons; 1995
- 15.กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. [Internet]. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
วัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ; 2564-. [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2565] จาก<http://www.hed.go.th>
- 16.นพพร การถัก. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ จังหวัด
ขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. ต.ค.-ธ.ค. 2565;7(4):145-155.
- 17.ปาจรา โพธิ์หัง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การ
ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ก.ค.-ก.ย.64;29(3):115-130.
- 18.ดาวรุ่ง เยาวกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านในเขตสุขภาพที่6. [วิทยาสตรมหาบัณฑิต]. [ชลบุรี]: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2565
- 19.มนันญา ผลภิญโญ, อีรศักดิ์ พาจันท์ และลำพึง วอนอก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (COVID-19) ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอยุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. ก.ย.-ธ.ค.
2566;17(3);827-841.
- 20.Maria G. and Mardiana D. Puspitasari. [Internet]. The Impact of COVID-19 Pandemic on Family Well-Being: A
Literature Review. The Family Journal;2022. 31(4). [cited 2022 March 22]. from DOI:
<https://doi.org/10.1177/10664807221131006>

ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร Effectiveness of Remission service of Type 2 Diabetes Mellitus, Phibun mangsahan District.

(Received: June 11,2024 ; Revised: June 22,2024 ; Accepted: June 25,2024)

ชนัญญา เรืองสุทธิภาพ¹

Chanattha Ruangsuttipap¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 75 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด แบบบันทึกภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Paired sample t-test เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ในด้านความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การลดยา และการหยุดยารักษาโรคเบาหวาน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการลดยาเบาหวาน ตั้งแต่เดือนที่ 3 เป็นต้นไป ร้อยละ 61.33 และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาเดือนที่ 6 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน ที่สามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ ร้อยละ 13.33 โดยพบว่าระดับความดันโลหิต ไขมันแอลดีแอล และ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนศึกษา ($p<0.05$) และอัตราการกรองไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, โรคเบาหวานระยะสงบ

Abstract

The research was quasi-experimental research. The study samples were type 2 diabetic patients, aged 18 years and over, amount 75 people, Research tools were guidelines of medical care for remission diabetic patients with intensive lifestyle modification and health status record form. Data was analyzed by descriptive statistic, Chi-square test and Paired sample t-test. To study the effectiveness of remission service of caring for diabetic patients, ability to control blood sugar, reducing medication and stopping medication.

The result revealed that after 3 months of study, they were able reduce diabetes medication at 61.33 %. After 6 months of study, the results found that diabetic patients had were able to stop medication at 13.33 %, they had decrease in blood pressure, LDL cholesterol and HbA1c were significantly lower than before study ($p<0.05$) and GFR was significantly higher than before study ($p<0.05$).

Keywords: diabetes mellitus, Diabetes remission

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ปัจจุบันประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรค 3.2 ล้านคนต่อปี มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ในการรักษาโรคเบาหวาน

เฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบของร่างกาย¹ ปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดยเรียกภาวะนี้ว่า

¹พบ. กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

diabetes remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก² ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันพบว่า การลดน้ำหนักร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัวจะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้³ การลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับ และตับอ่อนส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับลดลงและฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้กลับมาอยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ โดยหากลดน้ำหนักได้มากจะมีโอกาสเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้มากขึ้น⁴

จากรายงานข้อมูลด้านการแพทย์ปี พ.ศ. 2566 ถึง 2567 พบว่าจังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 36.3 และ 31.2⁵ สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอพิบูลมังสาหาร มีการจัดตั้งโรงเรียนเบาหวาน รายใหม่เดือนละ 2 ครั้ง และกิจกรรมให้ความรู้ ผู้ป่วยเบาหวานทั้งรายกรณี และรายกลุ่มในคลินิกทุกวัน เพื่อสร้างความตระหนัก ในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการติดตามผู้ป่วย ขาดนัด ขาดยา มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีระบบการปรึกษาแพทย์จาก รพ.สต. เพื่อให้การรักษาได้อย่างรวดเร็ว มีการนำปัญหาและอุปสรรคมาวิเคราะห์ในที่ทีมผู้ดูแล เพื่อปรับแผนการดูแลและกิจกรรมให้เข้ากับบริบทผู้ป่วย แต่พบว่าปี พ.ศ. 2566 อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 25.1 ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (มากกว่าร้อยละ 40) สาเหตุจากปัจจัยด้านพฤติกรรม บริบทของคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่นิยมการรับประทานข้าวเหนียว และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงค่อนข้างลำบาก ดังนั้นการจัดทำรูปแบบการจัดการโรคเบาหวาน ให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการ

ปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของแต่ละรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล จากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว วางแผนการรักษา ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้เป็นเบาหวานแต่ละบุคคล และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องผ่านระบบการแพทย์ทางไกล เพื่อพูดคุย สอบถาม แนะนำทางโทรศัพท์ ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล และประหยัดเวลาในการรอคอย ส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อลดความรุนแรง และความเสี่ยงของโรค คาดหวังให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานอย่างยั่งยืน รวมถึงลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานระยะสงบได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ในด้านความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การลดยาและการหยุดยารักษาโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) หนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน และหลัง (one group pre-posttest) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Analysis⁶ ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 0.95 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล Effect size เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน เพื่อป้องกันการยกเลิกเข้าร่วมวิจัย (Attrition rate) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 13 รวมเป็นจำนวน 75 คน

คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) ผู้เป็นเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (ICD-10: E11.0 ถึง E11.9) และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร²) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ 2) อายุ 18-65 ปี 3) เคยได้รับการรักษาด้วยยาเบาหวานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 4) สามารถใช้โทรศัพท์สื่อสารได้ 5) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีภาวะทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เช่น โรคไตเรื้อรัง ที่มี eGFR น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/นาที/1.732 ตารางเมตร โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรง หรืออาการไม่คงที่ โรคหัวใจขาดเลือดใน 6 เดือน 2) ผู้เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี และไม่มีลักษณะของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ชัดเจน หรือมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวเด่น 3) ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 4) ผู้เป็นเบาหวานในเด็ก และวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี 5) ผู้เป็นเบาหวานที่ตั้งครรภ์

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. สมุดบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข² และแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service)¹
3. แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแล ลักษณะคำถาม เป็นแบบคำถามปิดหรือให้เติมคำ

ตอนที่ 2 บันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ประกอบด้วย รายการยา มูลค่าารวม การลดยา การหยุดยา การเพิ่มยา ลักษณะคำถามเป็นคำถามปากเปิดให้เติมคำ

ตอนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 302 ส ปรับปรุงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 30.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพตาม 30 2ส จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคย ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ให้ 4 คะแนน กรณีการให้คะแนน ในข้อ 5 และข้อ 6 ให้กลับคะแนนตรงข้ามไม่ได้ปฏิบัติให้ 4 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ให้ 0 คะแนน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (cronbach' alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.673⁷ จัดระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00-2.33 คือ พฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คือ พฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-4.00 คือ พฤติกรรมสุขภาพระดับสูง

ตอนที่ 4 ประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย DTX ก่อนและหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ในระยะแรกเดือนที่ 1-6 น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ไนโตรเจนแอลดีแอล อัตราการกรองของไต (eGFR) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) เดือนที่ 0, 3 และ 6

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. คลินิกโรคเบาหวานคัดเลือกผู้ป่วยแบบสมัครใจไม่มีโรคแทรกซ้อน
2. ประเมินสภาวะผู้ป่วยเบื้องต้น
 - ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ
 - ประเมินความพร้อม ดังนี้ การมีความสามารถใช้งาน smart phone ความพร้อมการเจาะเลือดเอง หากไม่มีความพร้อมให้วางแผนเจาะเลือดโดย อสม. ใกล้บ้าน

3. ตั้งเป้าหมายการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (Goal) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญ ในการที่จะทำให้การดูแลนี้สำเร็จ

4. ทีมสหสาขาวิชาชีพสื่อสารสร้างแรงจูงใจ (motivation interview) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อลดน้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจร่วมกันกับแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลาติดตาม 6 เดือน

5. ส่งการบ้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และอาหารที่รับประทานโดยใช้ไลน์กลุ่ม

6. จัดบันทึกการรับประทานอาหาร ชนิด ปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ การออกกำลังกาย ชนิด ระยะเวลาในแต่ละวัน อาการเปลี่ยนแปลง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด จากการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-Monitoring of Blood Glucose) แล้วนำสมุดบันทึกมาให้แพทย์ดูทุกครั้งที่มาพบแพทย์

7. ติดตามสภาวะผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดช่วงแรก สัปดาห์ที่ 0-6 ด้วยการติดตามแบบ SMBG online จำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งจะทำ SMBG ก่อน และหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

8. ในช่วงเดือนที่ 3 และ 6 ติดตาม ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ จะทำการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย พร้อมประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม น้ำหนัก การทำงานของไต ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันใน และอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและพิจารณาให้การรักษา

9. การติดตามให้คำแนะนำและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง นอกจากการติดตามเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในแต่ละครั้งแล้วก็จะใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือ ส่งข้อความทางระบบ Line application โดยจะพิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 6 เดือน กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ก็จะประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต.หรือ อสม. ในพื้นที่ทำการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ

10. เมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดจนเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบแล้ว ให้ผู้ป่วยรับประทานรูปแบบอาหารปกติ ที่ดีต่อสุขภาพและคงกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายไว้เพื่อป้องกันการกลับมา เป็นซ้ำของโรคเบาหวาน

11. กรณีหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดแล้ว 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หรือไม่มีแนวโน้มที่ดี ว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ จะพิจารณาหาสาเหตุ โดยการสอบถามถึงการปฏิบัติตัวในเชิงลึก และพิจารณาให้ทีมสหวิชาชีพทำการ เยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา ด้วยค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตาม 302ส และผลลัพธ์ด้านคลินิก เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแล ในเดือนที่ 0, 3 และ 6 ใช้สถิติ Chi-square test และ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-78

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 75 คน เพศหญิง ร้อยละ 74.67 เพศชาย ร้อยละ 25.33 อายุเฉลี่ย 54.76 ± 9.42 ปี มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5000 บาท ร้อยละ 50.67 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 2.4 ± 1.25 ปี ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยมีผู้ดูแล พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ ร้อยละ 13.33 (10 ราย ที่สามารถหยุดยาเบาหวาน 3 เดือนขึ้นไป) มีผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 9.33) ที่ต้องเพิ่มยาเบาหวานเมื่อสิ้นสุดการติดตาม

พฤติกรรมสุขภาพ

หลังเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 57.33 และมีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 41.33 (ตารางที่ 1) **ภาวะสุขภาพ** ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ก่อน และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ช่วง 6 สัปดาห์แรกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังศึกษาผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น โดยพบว่าระดับความดันโลหิต ไขมันแอลดีแอล และ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2-3) ผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบส่วนมากมีระยะเวลาเป็นเบาหวานต่ำกว่า 5 ปี และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 302ส

ข้อปฏิบัติ	เริ่มต้น	เดือนที่ 6	Mean diff.	p-value
1. อาหาร: ควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็ม	1.96 ± 0.64	3.41 ± 0.71	1.45	$< 0.001^*$
2. อาหาร: กินผักและผลไม้สด สะอาดเสมอ วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	1.84 ± 0.49	3.25 ± 0.75	1.41	$< 0.001^*$
3. ออกกำลังกาย : ออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนมีเหงื่อออก	1.50 ± 0.74	3.05 ± 0.83	1.54	$< 0.001^*$
4. อารมณ์: สามารถจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดี	2.89 ± 0.70	3.6 ± 0.51	0.70	$< 0.001^*$
5. ไม่สูบบุหรี่	3.46 ± 1.36	3.73 ± 1.00	0.26	0.024*
6. ไม่ดื่มสุรา	3.02 ± 1.69	3.89 ± 0.64	0.86	$< 0.001^*$

(*) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$), Chi-square test

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพ

ข้อมูล	เริ่มต้น	เดือนที่ 6	mean diff	p-value
ดัชนีมวลกาย (BMI)	26.74 ± 11.14	26.23 ± 9.81	0.51	0.195
ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP)	127.90 ± 15.44	120.53 ± 11.34	7.37	$< 0.001^*$
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)	74.49 ± 10.12	66.89 ± 7.04	7.60	$< 0.001^*$
ไขมันแอลดีแอล (LDL)	110.32 ± 34.23	99.09 ± 28.20	11.22	0.004*
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)	7.33 ± 1.62	6.96 ± 1.28	0.37	0.006*
การกรองของไต (GFR)	94.57 ± 15.44	98.28 ± 14.97	3.70	$< 0.001^*$

ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ก่อนและหลังอาหาร 2 ชั่วโมง

ข้อมูล	DTX (mg/dl) ก่อนอาหาร	DTX (mg/dl) หลังอาหาร	mean diff	p-value
สัปดาห์ที่ 0	153.29±43.33 95%CI=143.32-163.26	169.28±49.24 95%CI=157.95-180.60	+15.98	<0.001*
สัปดาห์ที่ 1	139.16±27.02 95%CI=132.94-145.37	160.48±40.23 95%CI=151.22-169.73	+21.32	<0.001*
สัปดาห์ที่ 2	137.29±28.12 95%CI=130.82-143.76	153.64±34.14 95%CI=145.78-161.49	+16.34	<0.001*
สัปดาห์ที่ 3	131.66±24.25 95%CI=126.08-137.24	149.34±33.86 95%CI=141.55-157.13	+17.68	<0.001*
สัปดาห์ที่ 4	133.4±28.13 95%CI=126.92-139.87	144.86±28.60 95%CI=138.28-151.44	+11.46	<0.001*
สัปดาห์ที่ 5	130.09±25.36 95%CI=124.25-135.93	146.18±30.11 95%CI=139.25-153.11	+16.09	<0.001*
สัปดาห์ที่ 6	126.96±28.27 95%CI=120.45-133.46	142.88±28.21 95%CI=136.38-149.37	+15.92	<0.001*

(*) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$), paired t-test

สรุปและอภิปรายผล

แนวทางในการทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบช่วงต้น ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด และปรับยาเมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด พบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถหยุดยาจนเข้าสู่ระยะสงบได้ ร้อยละ 13.33 สอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต สุขสบาย พบว่าเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน ผู้ป่วยสามารถหยุดยาเบาหวานได้ ร้อยละ 16.0⁸ รวมทั้งคมกริช ฤทธิ์บุรี ศึกษาภายใต้ แนวคิด “PHIMAI Model” เมื่อขับเคลื่อนเสร็จสิ้นในระยะเวลา 1 ปีพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ภาวะสงบ ร้อยละ 10.6⁹ แสดงให้เห็นว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ทุกรายที่สามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ ซึ่งการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบส่วนมากมีระยะเวลาเป็นเบาหวานต่ำกว่า 5 ปี และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดครบ 6 เดือน พบว่ามีระดับความดันโลหิต ไชมันแอลดีแอล และ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และอัตราการ

กรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนศึกษา จะสอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต สุขสบาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁸ อย่างไรก็ตามแม้การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จ ในการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ แต่ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับวิถีชีวิต ฐานะ เศรษฐกิจ และข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้ป่วย ให้ปรับลดปริมาณอาหารลง โดยยังมีสารอาหารหลักครบถ้วน กรณีที่มีข้อจำกัดไม่สามารถเรียนรู้ได้ ผู้ให้การรักษาจะเป็นผู้กำหนดชนิดและปริมาณอาหารให้ผู้ป่วย สื่อสารให้ชัดเจนเป็นระยะ และติดตามการนำไปปฏิบัติ²

แพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำแนะนำต้องเข้าใจผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในช่วงเดือนแรก ๆ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องเสริมพลังให้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีพลังกาย และใจที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น อีกทั้งมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ พร้อมทั้งซักถามถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วย

เป็นการส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบแล้ว ยังคงแนะนำให้ทำการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งการตรวจคัดกรองโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทุกปีอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวาน เข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งจะเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยจะได้รับความรู้และการประเมินความพร้อม เพื่อช่วยในการตัดสินใจ รวมทั้งการทำงานแบบทีมและเครือข่าย โดยทีมมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละสาขาวิชาชีพ แบบมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. โรคเบาหวานระยะสงบอาจเป็นมิติใหม่ และสิ่งท้าทายในการจัดการโรคเบาหวาน สถานพยาบาลแต่ละแห่ง สามารถดำเนินการให้

เกิดขึ้น โดยจัดการคัดกรองอย่างเป็นระบบ มีคลินิกที่จัดตั้งขึ้นเพื่อนำผู้ที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่

2. การนำรูปแบบการศึกษานี้ไปใช้ ควรพิจารณาให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล และผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะในเรื่องการเลือกใช้สูตรอาหารที่เหมาะสม เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใช้พลังงานจากอาหาร

3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาความคุ้มค่า คำนวณหรือต้นทุนผลได้ของการดำเนินงาน เพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สู่ภาวะสงบ

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้เสร็จได้อย่างสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และ เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข [Internet]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2565 [cited 2024 Feb 28]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1_pooxEPBFvH6IR5DR3tNjk9q1nOUIUD/view?usp=share_link&usp=embed_facebook
3. Diabetes Australia National Office. Position Statements Diabetes Australia [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 2]. Available from: <https://www.diabetesaustralia.com.au/position-statements/>
4. Taylor R. Type 2 diabetes and remission: practical management guided by pathophysiology. J Intern Med. 2021 Jun;289(6):754–70.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดNCD ClinicPlus ปี 2567 [Internet]. 2567 [cited 2024 Mar 3]. Available from: https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2024
6. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*Power software. J Educ Eval Health Prof [Internet]. 2021 Jul 30 [cited 2024 Mar 2];18. Available from: <https://synapse.koreamed.org/articles/1149215>
7. อุทัย เจริญจิตต์. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารหัวหินสุขภาพไกลกังวล. 2561;3(2):58–72.

8. พิชิต สุขสบาย. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2567;38(1):1-15.
9. คมกริช ฤทธิ์บุรี. กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะ “Remission”: กรณีศึกษา กลยุทธ์การขับเคลื่อน อำเภอฟิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2566;5(1):123-36.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

Quality of life of patients diagnosed with cancer who were admitted to Lopburi Cancer Hospital.

(Received: June 20,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 26,2024)

ปิมประภา แพงศรี¹

Pimprapa Pangsi¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross sectional study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างเดือน มีนาคม – พฤษภาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และแบบประเมินคุณภาพชีวิต The European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ - C30) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานทางวิจัย โดยใช้สถิติเอฟ (F-test) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.23 มีอายุอยู่ระหว่าง 34-88 ปี (อายุเฉลี่ย 61.88, SD $\pm$ 10.69) เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 36.76 รองลงมาคือโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 16.23 ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม (global health status) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.54 (SD $\pm$ 11.340) ซึ่งมากกว่าค่าอ้างอิงมาตรฐาน แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ (functional scales) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยมิติความสามารถในการทำหน้าที่ในทุกด้านสูงกว่าค่าอ้างอิงมาตรฐาน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้เกือบเป็นปกติ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่ไปในทางที่ดี ด้านกลุ่มอาการ (symptom scales) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถด้านกลุ่มอาการน้อยกว่าค่าอ้างอิงมาตรฐานในเกือบทุกด้าน แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีความผิดปกติจากอาการเจ็บป่วยและการรักษา จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านกลุ่มอาการไปในทางที่ดี โดยพบว่า กลุ่มอาการที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าค่าอ้างอิงมาตรฐาน ได้แก่ ปัญหาทางการเงินมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.47 (SD + 25.77) รองลงมา คือ ปัญหาการคลื่นไส้อาเจียน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.35 (SD + 21.81) และปัญหาการท้องเสียมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.51 (SD + 19.73)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง, คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Abstract

This research was survey research by cross sectional study aimed to study the quality of life of patients diagnosed with cancer. and received treatment by various methods in Lopburi Cancer Hospital between March - May 2024, a sample group of 302 patients. The research tools included a basic patient information record form and quality of life assessment The European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ - C30). Data were analyzed using descriptive statistics and test research hypotheses The F-test was used to compare the quality of patients diagnosed with cancer.

The results of the study found that the majority of the sample were female, 65.23 percent, aged between 34-88 years (mean age 61.88, SD $\pm$ 10.69), suffering from breast cancer, 36.76 percent, followed by lung cancer 16.23 percent. In terms of overall health status, the average score was 65.54 (SD $\pm$ 11.340), which is higher than the standard reference value. It shows that the quality of life of the sample group in terms of overall health condition is at a good level. Regarding the ability to perform duties (functional scales), it was found that the sample group had an average score on

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

all dimensions of ability to perform duties higher than the standard reference value. It shows that the subjects were able to perform various functions almost normally. As a result, the quality of life in terms of the ability to perform duties in a good way. Symptom scales It was found that the sample group's ability in symptom symptoms was less than the standard reference value in almost every aspect. shows that The sample group rarely had abnormalities from illness or treatment. As a result, the quality of life in terms of symptoms is in a good way. It was found that the symptoms that have an average value higher than the standard reference value include financial problems. The mean value was 16.47 (SD + 25.77), followed by the problem of nausea and vomiting. had a mean value of 10.35 (SD + 21.81) and diarrhea problems had a mean value of 10.51 (SD + 19.73).

Keywords: patients diagnosed with cancer, patient quality of life

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าจำนวนประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งในปี 2020 รวมอยู่ที่ 19.3 ล้านราย¹ และจากข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทย โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ในแต่ละปีจะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 140,000 คนปี หรือคิดเป็นประมาณ 400 คน/วัน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในอนาคตเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัย รวมถึงพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป² โรคมะเร็งเป็นกลุ่มของโรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่ DNA หรือสารพันธุกรรมซึ่งส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติมีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วมากกว่าปกติ และมะเร็งในแต่ละชนิดยังมีการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน³

โรคมะเร็งหลายชนิดไม่มีอาการแสดงในระยะแรกเริ่ม และมะเร็งบางชนิดอยู่ในอวัยวะที่ตรวจพบได้ยาก หรือถูกบดบังโดยอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกายจนเมื่อเซลล์มะเร็งได้ลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนต่าง ๆ สัญญาณและอาการของมะเร็งจึงจะแสดงออกอย่างชัดเจน⁴ ในด้านการรักษาโรคมะเร็ง จัดเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลานาน ซึ่งแนวทางการรักษาเป็นแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การรักษาร่วมโดยให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี หรือการรับ

ฮอร์โมนรักษา ผลจากการรักษาดังกล่าวนี้ส่งผลต่อกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม⁵ หลังจากทีวินิจฉัยมะเร็ง (Diagnosis) แล้วต้องมีการตรวจเพิ่มเติม เพื่อทราบระยะของการดำเนินโรค (Staging) เพื่อกำหนดเป้าหมายในการรักษาและวางแผนการรักษาต่อไป ซึ่งแม้ว่าทุกวันนี้จะมีการนำเทคโนโลยีด้านการแพทย์มาใช้ในการรักษาแต่โรคมะเร็งบางชนิดก็ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ บางชนิดสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีกจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม

จากการจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลง อาจมีทั้งความหวาดกลัว วิดกกังวล รู้สึกถูกคุกคาม ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง รู้สึกสูญเสียและความกลัวการเสียชีวิตในอนาคต⁶ ดังนั้น เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยจะสะท้อนปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งสามารถใช้ข้อมูลความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ครอบคลุม เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
2. เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาต่อไป

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าวิจัย (inclusion criteria)

- 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยและรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง
- 3) เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
- 4) สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้
- 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion Criteria) ไม่มี

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ประจำปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการ ๆ จำนวน 1,396 ราย กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ใช้ตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan⁷ จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 302 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อยดังนี้

1.1) เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ สิทธิในการรักษา

1.2) การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG Score)

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EORTC QLQ - C30 ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น

2.1 ข้อคำถามด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม (Global health status) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29 และ 30 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมในหนึ่งสัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสัปดาห์นั้น กำหนดค่าคะแนนเป็น numerical scales โดยมีคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 1-7 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตำแหน่ง 1 หรือจุด 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่แย่มาก ตำแหน่ง 7 หรือจุด 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยม

2.2 ข้อคำถามความสามารถในการทำหน้าที่ (functional scales) 5 มิติ จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นมิติต่าง ๆ ดังนี้ มิติทางกาย (physical functioning) จำนวน 5 ข้อ (คำถามข้อ 1-5) มิติทางบทบาท/การทำงาน (role functioning) จำนวน 2 ข้อ (คำถามข้อ 6, 7) มิติทางอารมณ์ (emotional functioning) จำนวน 4 ข้อ (คำถามข้อ 21-24) มิติด้านการรับรู้ (cognitive functioning) จำนวน 2 ข้อ (คำถามข้อ 20, 25) มิติทางสังคม (social functioning) จำนวน 2 ข้อ (คำถามข้อ 26, 27)

2.3 ข้อคำถามกลุ่มอาการ (symptom scales) จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ อ่อนล้า (fatigue) จำนวน 3 ข้อ (คำถามข้อ 10, 12, 18) คลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting) จำนวน 2 ข้อ (คำถามข้อ 14, 15) ปวด (pain) จำนวน 2 ข้อ (คำถามข้อ 9, 19) หายใจไม่เต็ม

อัม (dyspnea) จำนวน 1 ข้อ (คำถามข้อ 8) นอนไม่หลับ (insomnia) จำนวน 1 ข้อ (คำถามข้อ 11) เบื่ออาหาร (appetite loss) จำนวน 1 ข้อ (คำถามข้อ 13) ท้องผูก (constipation) จำนวน 1 ข้อ (คำถามข้อ 16) ท้องเสีย (diarrhea) จำนวน 1 ข้อ (คำถามข้อ 17) ปัญหาทางการเงิน (financial difficulties) จำนวน 1 ข้อ (คำถามข้อ 28)

การตอบแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เลย คะแนน 2 หมายถึง เล็กน้อย คะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมาก คะแนน 4 หมายถึง มากที่สุด

คะแนนคุณภาพชีวิตของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EORTC QLQ - C30 มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 หากค่าคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่สูงจะบ่งบอกถึงความสามารถในการทำหน้าที่ได้ปกติ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากค่าคะแนนกลุ่มอาการสูงจะบ่งบอกถึงมีความผิดปกติจากอาการมากขึ้น และหากคะแนนในข้อคำถามด้านสภาวะสุขภาพโดยรวมเป็น numerical scale สูงจะแทนลักษณะของคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence index: IOC) โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบประเมินคุณภาพและความเหมาะสม พร้อมทั้งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและเทียบค่ากับเกณฑ์ของเครื่องมือ โดยนำเสนอข้อมูลเป็นค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เมื่อวันที่ 19/12/66 เลขที่ LEC 6649

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.23 มีอายุอยู่ระหว่าง 34-88 ปี (อายุเฉลี่ย 61.88, $SD \pm 10.69$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.51 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.22 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.38 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 41.39 สิทธิการรักษาที่ใช้คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 66.23 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (ECOG) ระหว่างเข้ารับการรักษา เท่ากับ 2 ร้อยละ 45.37 กล่าวคือ สามารถเดินไปมาได้ ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติอยู่คนเดียว น้อยกว่าร้อยละ 50 ของเวลาที่ตื่น

2. ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 36.76 เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม รองลงมาคือโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 16.23 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะที่ 2 ร้อยละ 36.42 รองลงมาคือระยะที่ 3 ร้อยละ 31.13 ส่วนการรักษาที่ได้รับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 47.68 รองลงมาคือวิธีการผ่าตัด ร้อยละ 26.49

3. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม (global health status) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.54 ($SD \pm 11.340$) แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับกลาง ๆ ไม่ถือว่ามีความคุณภาพชีวิตที่แย่หรือว่าดี ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ (functional scales) ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 84.96 ($SD \pm 18.338$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถหน้าที่ต่าง ๆ ได้เกือบเป็นปกติ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่ไปในทางที่ดี เมื่อพิจารณาแต่ละมิติของความสามารถในการทำหน้าที่พบว่า มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ มิติทางสังคม ($\bar{X} = 88.29$, $SD \pm 20.654$) รองลงมาคือ มิติทางกาย ($\bar{X} = 85.50$, $SD \pm 21.665$) มิติทางอารมณ์ ($\bar{X} = 84.27$, $SD \pm 18.985$) มิติด้านการรับรู้ ($\bar{X} = 83.53$, $SD \pm 17.961$) และมิติทางบทบาท/การทำงาน ($\bar{X} = 83.07$, $SD \pm 22.173$) ตามลำดับ ด้านกลุ่มอาการ (symptom scales) ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.09 ($SD \pm 17.54$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีความผิดปกติจากอาการป่วย จึงส่งผล

ให้คุณภาพชีวิตด้านกลุ่มอาการทำให้มีคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดี เมื่อพิจารณาแต่ละอาการแล้วพบว่าอาการที่ค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ นอนไม่หลับ ($\bar{X} = 21.69$, $SD \pm 21.69$) รองลงมาคือ อ่อนล้า ($\bar{X} = 17.19$, $SD \pm 19.10$) และน้อยที่สุดคือ คลื่นไส้ อาเจียน ($\bar{X} = 10.35$, $SD \pm 21.81$) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

4. การทดสอบสมมติฐานงานวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.1 เพศ ที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี แตกต่างกัน

H_0 : เพศ ที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ไม่แตกต่างกัน

H_1 : เพศ ที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิต ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม จำแนกตามเพศ (n=302)

คุณภาพชีวิต	เพศ	t-test or Equality of Means				
		$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม	ชาย	63.57	12.35	-2.114	187.110	0.036*
	หญิง	66.58	10.65			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 พบว่าคุณภาพชีวิต ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม มีค่า p-value เท่ากับ 0.036 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือยอมรับสมมติฐานหลัก (H_0) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า เพศที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี แตกต่างกัน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยเพศหญิงจะมีสภาวะสุขภาพโดยรวมดีกว่าเพศชาย

สมมติฐานที่ 1.2 อายุที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี แตกต่างกัน

H₀: อายุที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านภาวะสุขภาพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ไม่แตกต่างกัน

H₁: อายุที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านภาวะสุขภาพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 ผิดพลาด! ไม่มีข้อความของสไลด์ที่ระบุในเอกสาร ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคุณภาพชีวิต ด้านภาวะสุขภาพโดยรวม จำแนกตามอายุ

คุณภาพชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ด้านภาวะสุขภาพโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	2,125.273	4	531.318	4.313	0.002*
	ภายในกลุ่ม	36,585.406	297	123.183		
	รวม	38,710.679	301			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาในตารางที่ 4 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance: One Way Anova) พบว่า คุณภาพชีวิต ด้านภาวะสุขภาพโดยรวม มีค่า p-value เท่ากับ 0.002 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือยอมรับสมมติฐานหลัก (H₀) ปฏิเสธสมมติฐานรอง (H₁) หมายความว่า อายุที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านภาวะสุขภาพโดยรวม ของ

ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนั้นจึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยใช้สถิติ Fisher's Least Significant Difference (LSD) เพื่อหาค่าเฉลี่ยว่าคู่ใดบ้างแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพโดยรวม จำแนกตามอายุ โดยใช้สถิติ LSD

อายุ	$\bar{X}$	น้อยกว่า 40 ปี	40-49 ปี	50-59 ปี	60-69 ปี	70 ปีขึ้นไป
		79.17	64.06	68.17	64.75	62.63
น้อยกว่า 40 ปี	79.17	-	15.11*	11.00	14.42*	16.54*
40-49 ปี	64.06	-	-	4.10	0.69	1.43
50-59 ปี	68.17	-	-	-	3.42*	5.54*
60-69 ปี	64.75	-	-	-	-	2.12
70 ปีขึ้นไป	62.63	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของการศึกษาคุณภาพชีวิต ด้านภาวะสุขภาพโดยรวม จำแนกตามอายุ พบว่า มีคู่ที่แตกต่างกัน 5 คู่ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่อายุ น้อยกว่า 40 ปี มีคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพโดยรวมดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่มีอายุ 40-49 ปี กลุ่มอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยมะเร็งที่อายุ 50-59 ปี มีคุณภาพชีวิตด้าน

ภาวะสุขภาพโดยรวมดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่มีอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อมาจากจังหวัดต่าง ๆ ในเขตความรับผิดชอบ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 34-88 ปี (อายุเฉลี่ย 61.88, SD $\pm$ 10.69) ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ย 65.54 (SD $\pm$ 11.34) ซึ่งมากกว่าค่าอ้างอิงมาตรฐาน⁸ คะแนนเฉลี่ยอ้างอิง ($x = 56.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีความหลากหลายในเรื่องของระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับรักษา การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ซึ่งยังเป็นสังคมชนบทมีความเอื้อเฟื้อ และดูแลกันเป็นอย่างดี

เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่ (functional scales) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่มากกว่าค่าอ้างอิงมาตรฐาน⁸ ในทุกด้าน โดยพบว่า มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ มิติทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 88.29 (SD $\pm$ 20.65) รองลงมา คือ มิติทางกาย มีคะแนนเฉลี่ย 85.50 (SD $\pm$ 21.66) มิติทางอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 84.27 (SD $\pm$ 18.98) มิติด้านการรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ย 83.53 (SD $\pm$ 17.69) และมิติทางบทบาท/การทำงาน ซึ่งเป็นมิติที่มีคะแนนต่ำที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 83.07 (SD $\pm$ 22.17) ซึ่งพบว่ายังมากกว่าค่าอ้างอิงมาตรฐาน⁸ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของชลยา อรรถาภินันท์ และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁹ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 ราย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย World Health Organization Quality of Life Brief – Thai Questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่มี

คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.8) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($p < 0.05$)

ด้านกลุ่มอาการ (symptom scales) ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีความผิดปกติจากอาการป่วย จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านกลุ่มอาการไปในทางที่ดี เมื่อพิจารณาแต่ละอาการแล้ว พบว่า อาการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ นอนไม่หลับ รองลงมา คือ อาการอ่อนล้า และน้อยที่สุด คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 21.69 (SD $\pm$ 21.69) 17.19 (SD $\pm$ 19.10) และ 10.35 (SD $\pm$ 21.81) ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าค่าอ้างอิงมาตรฐาน⁸ ทั้งสิ้น คะแนนเฉลี่ยอ้างอิง ($x = 33.6$), ($x = 48.1$) และ ($x = 13.1$) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัญหาที่มีค่าอ้างอิงสูงกว่าค่าอ้างอิงมาตรฐาน⁸ 2 ปัญหา ได้แก่ ปัญหาเรื่องอาการท้องเสีย กับปัญหาด้านการเงิน คือ 10.51 และ 16.47 คะแนนเฉลี่ยอ้างอิง ($x = 10.7$ และ 16.2) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด คือ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว¹⁰ อีกทั้งยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากการเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย จึงทำให้ไม่สามารถทำงานได้ปกติ เกิดการขาดรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาเรศ สถาพร, โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และ อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์¹¹ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ณ คลินิกโลหิตวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 102 ราย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต The Functional Assessment of Cancer Therapy-General Version 4 ฉบับภาษาไทย (FACT-G) พบว่า รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตรวมถึงค่ารักษาพยาบาล ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะลุกลาม ที่อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ใน

การวางแผนการดูแลรักษาและส่งเสริมคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;7(3):209-49.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับ โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค จัดการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 15 [Internet]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/186719/>.
3. วรณกานต์ ประไพพิ้ง, อมรัตน์ ศรีอำไพวรารณ, ภาณุ อุดกกลิ่น. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. วารสารกรมการแพทย์. 2559;41(6):126-31.
4. สุดปรีดา ชัยนิธิกรณ. โรคมะเร็ง [Internet]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/cancer>.
5. ปราณ ทองใส, ภาวินี สุขสาคร, พรฤดี นราสงค์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วารสารพยาบาลศิริราช. 2551;2(2):24-34.
6. สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, วรชัย รัตนธรร. Quality of life: psychological aspect. In: วรชัย รัตนธรร, editor. Textbook of medical oncology 2. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพทย์ซึ่ง จำกัด; 2541. หน้า 339-419.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.
8. Scott N, Fayers P, Aaronson N, Bottomley A, de Graeff A, Groenvold M, et al. EORTC QLQ-C30. Brussels, Belgium: EORTC Quality of Life Group; 2008.
9. ชลยา อรรถกานันท์, พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. Chulalongkorn Medical Journal. 2560;61(3):387-400.
10. NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Antiemesis Version 2.2020 [Internet]. 2020 [cited 2024 12 Jun]. Available from: <https://shorturl.asia/ePn0k>.
11. ธัญญาเรศ สถาพร, โชติมันต์ ชินวรารักษ์, อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ณ คลินิกโลหิตวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. Chulalongkorn Medical Bulletin. 2560;3(1):11-21.

ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยาอาร์ฟารินนอกช่วงการรักษา โรงพยาบาลศีขรภูมิ

Clinical factors affecting out of INR levels for patients on warfarin therapy, Sikhoraphum Hospital.

(Received: June 16,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

วสิรัตน์ วรวิธธรรม¹

Waleerat Waritthitham¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยาอาร์ฟารินนอกช่วงการรักษาในโรงพยาบาลศีขรภูมิ มีรูปแบบการศึกษาคือ retrospective cohort โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลผู้ป่วยคลินิกอาร์ฟารินตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2567 ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเพื่อหาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับค่า INR นอกช่วงการรักษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 117 ราย มีอายุเฉลี่ย 69.25 ± 11.62 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.68 โรคที่มีข้อบ่งชี้มากที่สุดคือ Atrial fibrillation ร้อยละ 83.76 และมีผู้ป่วย 16 ราย ร้อยละ 13.68 ที่มีค่า TTR น้อยกว่าร้อยละ 65 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน ร้อยละ 3.42 (4 ราย) จากการวิเคราะห์ หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดในช่วงเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 65 เพิ่มความเสี่ยงระดับยาอาร์ฟารินสูงกว่าช่วงการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odd ratio =12.235, $p=0.003$)

คำสำคัญ: International normalized ratio (INR), อาร์ฟารินเกินขนาด, อาการไม่พึงประสงค์

Abstract

The objectives of this study were to identify clinical factors affecting out of INR levels for patients on warfarin therapy, Sikhoraphum Hospital. The study design was retrospective cohort. Retrospective data were obtained from medical record and database from warfarin clinic between January 1, 2024 and april 30, 2024. Descriptive statistics were expressed as frequency, percentage, mean, median and standard deviation. Multiple Linear Regression were used to find the independent variables enhancing INR.

A total of 117 patients, The average age was 69.25 ± 11.62 years, and 60.68% were femen. The most common indication was Atrial fibrillation found in 83.76 %, of which 16 (13.68%) patients had suboptimal time in therapeutic range (TTR < 65%). The most frequency of ADRs were bleeding per gum (3.42%). Patients had suboptimal time in therapeutic range causes of the INR ranging more than 3 with statistical significance (odd ratio =12.235, $p=0.003$).

Keywords: International normalized ratio (INR), Warfarin overdose, Adverse effects

บทนำ

ยาอาร์ฟาริน (warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (anticoagulant) นำมาใช้ในการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด (thromboembolism) แต่ยาอาร์ฟารินมีข้อจำกัดทางเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ เนื่องจากเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ และมีการตอบสนองในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน¹ ซึ่งต้อง

ติดตามการรักษาด้วยการติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (international normalized ratio, INR) ที่แสดงถึงการแข็งตัวของเลือดสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายให้อยู่ในช่วงค่าที่กำหนด ส่วนใหญ่ควรอยู่ในระดับ 2 ถึง 3 หรือ ขึ้นกับข้อบ่งชี้²⁻⁴ อย่างไรก็ตาม การตอบสนองของยาอาร์ฟารินในผู้ป่วยเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม พบว่าในแต่ละเชื้อชาติมีความแตกต่างในการตอบสนองของยาอาร์ฟาริน

¹ พ.บ. โรงพยาบาลศีขรภูมิ

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีปริมาณวิตามินเคสูง การเกิดอันตรกิริยากับยาอื่น อายุ เพศ และภาวะของผู้ป่วย เช่น ภาระการทำงานของตับและไตบกพร่อง หากมีการใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมอาจส่งผลต่อการรักษา และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ ซึ่งปัญหาการใช้ยาว่าฟารินที่พบบ่อย ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา อันตรกิริยาระหว่างยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา⁵ ดังนั้นแนวทางการแก้ไขปัญหาคือความร่วมมือในการรักษา คือ เน้นย้ำความสำคัญของการเข้ารับบริการ รวมไปถึงการระบุผู้ดูแลในการใช้ยา ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักในความสำคัญและปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อฤทธิ์ของยา การเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียง ติดตามประสิทธิภาพ และการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น³ จะต้องมีการทบทวนความรู้ส่วนนี้ทุกครั้ง โดยเฉพาะเมื่อพบปัญหาการใช้ยาว่าฟารินเกิดขึ้น ทั้งนี้การดำเนินงานในส่วนนี้ ให้เกิดประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการรักษา⁶

แม้ว่ายาว่าฟารินถูกนำมาใช้ในการป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดมาเป็นระยะเวลานานแล้วก็ตาม แต่ยังมีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สูง และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงโรงพยาบาลศิครภูมิ จากข้อมูลคลินิกว่าฟาริน ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาว่าฟารินถึง ร้อยละ 6.5 และปี พ.ศ. 2565 และ 2566 พบผู้ป่วยมีค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ระหว่างการรักษาเพียง ร้อยละ 44.3 และ 51.2 ตามลำดับ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งภาวะเลือดออก และภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการค้นหาปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยาว่าฟารินนอกช่วงการรักษา เป็นการทบทวนข้อมูลเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติประกอบการ

ตัดสินใจในการรักษาสำหรับแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ในช่วงเป้าหมายเพิ่มสูงขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยาว่าฟาริน นอกช่วงการรักษาในโรงพยาบาลศิครภูมิ
2. เพื่อศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากระดับยาว่าฟาริน นอกช่วงการรักษาในโรงพยาบาลศิครภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นเป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่พบค่าการแข็งตัวของเลือดนอกช่วงการรักษา ที่มาติดตามการรักษา ณ คลินิกว่าฟาริน โรงพยาบาลศิครภูมิ ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2567 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน⁷ กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ผู้วิจัยทราบขนาดของประชากรเท่ากับ 160 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะเท่ากับ 117 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับยาว่าฟารินอย่างน้อย 2 สัปดาห์ 3) ค่าการแข็งตัวของเลือดนอกช่วงการรักษา (INR < 2 หรือ >3, INR < 2.5 หรือ >3.5 ใน Mechanical Valve)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยหยุดการรักษาด้วยยาว่าฟารินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน 2) ผู้ป่วยไม่สามารถติดตามข้อมูลจากเวชระเบียนได้ 3) ผู้ป่วยรับยาว่าฟารินที่โรงพยาบาล นอกช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ข้อบ่งใช้ของยาแอสไพริน ภาวะโรคร่วม การใช้ยาต้านเกล็ดเลือด ระยะเวลาการกินยา ประเมินการควบคุม INR ใน 1 ปี ปัญหาสายตาและการอ่านฉลากยา และผู้จัดยา

ส่วนที่ 2 ปัญหาการใช้ยา ได้แก่ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาอันตรายกิริยาระหว่างยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ส่วนที่ 3 การรักษากรณีค่าการแข็งตัวของเลือดนอกช่วง ประกอบด้วย ค่า INR และการรักษาที่ได้รับ

2. สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน โดยแนะนำให้ผู้ป่วยนำมาด้วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ และสามารถใช้ร่วมกันได้ทุกโรงพยาบาล โดยจะมีการบันทึกค่า INR ในวันนั้น ขนาดยาที่เคยได้รับ ขนาดยาที่ปรับเปลี่ยนเป็นปัจจุบัน และรายการยาทั้งหมดที่ได้รับ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เสนอพิจารณาจริยธรรม การวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เมื่อผ่านการพิจารณาจึงทำจดหมายขออนุญาต ในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการของโรงพยาบาล

2. หลังจากผ่านการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ให้เข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยในระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบทีมสหวิชาชีพคลินิกการแพทย์ โรงพยาบาลศีขรภูมิ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย

3. ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลที่คลินิกการแพทย์เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด

4. เก็บข้อมูลย้อนหลังโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นเอง จากเวชระเบียนของผู้ป่วย ในระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยได้รับการรักษา

ตัวในโรงพยาบาลในช่วงเวลาทำการเก็บข้อมูล ก็นำมาพิจารณาร่วมเพื่อใช้ในการประเมินการรักษาอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาแอสไพริน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

6. การรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และจะทำลายหลังจากเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้อธิบายรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย และผลการรักษาด้วยยาแอสไพรินในผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดนอกช่วง สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ใ้สถิติ χ^2 หรือ Fisher's exact test และสถิติ multiple logistic regression หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะระดับยาแอสไพรินมีค่าการแข็งตัวของเลือดนอกช่วง กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับ ร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ 21/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย 117 ราย เป็นหญิง ร้อยละ 60.68 ชาย ร้อยละ 39.32 อายุเฉลี่ย 69.25 ± 11.62 ปี โรคที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาแอสไพรินมากที่สุด คือ Atrial fibrillation ร้อยละ 83.76 โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.93 ใช้ยา Aspirin ร้อยละ 5.13 ใช้ยา Clopidogrel ร้อยละ 3.42 กินยาแอสไพริน 24 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 44.44 ระยะเวลาที่ค่า ระดับค่า INR น้อยกว่า 2 ร้อยละ 90.60 และ ค่า INR มากกว่า 3 ร้อยละ 9.40 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 33.33

ปัญหาจากการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยารวาร์ฟาริน พบผู้ป่วยมีค่าการแข็งตัวของเลือด ในช่วงเป้าหมายใน 1 ปี น้อยกว่า ร้อยละ 65 ร้อยละ 13.68 ลิ่มกินยา กินยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ร้อยละ 22.22 มียาที่เกิดอันตรกิริยากับยารวาร์ฟาริน คือ Phenytoin ร้อยละ 2.56 (3 ราย) อาหารที่เกิดอันตรกิริยากับยารวาร์ฟาริน คือ ผักใบเขียว ร้อยละ 27.43 นมถั่วเหลือง ร้อยละ 20.51 พบอาการไม่พึงประสงค์จากยารวาร์ฟาริน ร้อยละ 8.55 (10 ราย) ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน ร้อยละ 3.42 (4 ราย) จุดจ้ำเลือดออกตามตัว ร้อยละ 1.71 (2 ราย) ไอเป็นเลือด ร้อยละ 1.71 (2 ราย) ถ่ายเป็นเลือด ร้อยละ 0.85 (1 ราย) และ Uterine bleeding ร้อยละ 0.85 (1 ราย)

การรักษาเมื่อระดับ INR ต่ำกว่าช่วง (INR <2) ให้ยาขนาดเดิม ร้อยละ 67.92 ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10-20 ร้อยละ 32.08 ส่วนการรักษาเมื่อระดับ

INR เกินในช่วง (INR >3) ส่วนใหญ่ ปรับขนาดยาลดลง ร้อยละ 5-10 ร้อยละ 36.36 รองลงมาคือ หยุดยา 1-2 มื้อ แล้วเริ่มในขนาดต่ำกว่าเดิม ร้อยละ 20 ร้อยละ 27.27

ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยารวาร์ฟารินสูงกว่าช่วงการรักษา ผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือด ในช่วงเป้าหมายน้อยกว่า ร้อยละ 65 เพิ่มความเสี่ยงระดับยารวาร์ฟารินสูงกว่า ช่วงการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio = 12.235, p=0.003) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ไทรอยด์เป็นพิษ โรคเบาหวาน โรคไตเสื่อมเรื้อรัง โรคหัวใจล้มเหลว การใช้ยาต้านเกล็ดเลือด การกินยารวาร์ฟาริน 24 เดือนขึ้นไป และมีปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยาหรืออาหาร เพิ่มความเสี่ยงระดับยารวาร์ฟารินสูงกว่าช่วงการรักษา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยารวาร์ฟารินสูงกว่าช่วงการรักษาคำนวณแบบ multivariate analysis

ปัจจัยเสี่ยง (n117)	INR > 3		Adj.OR	95%CI	p-value
	พบ	ไม่พบ			
อายุ 70 ปีขึ้นไป	6	61	0.831	0.19-3.60	0.805
ไทรอยด์เป็นพิษ	1	2	3.054	0.17-53.51	0.445
โรคเบาหวาน	3	29	1.627	0.28-9.44	0.587
โรคไตเสื่อมเรื้อรัง	2	16	1.662	0.22-12.18	0.617
โรคหัวใจล้มเหลว	3	14	2.311	0.29-18.11	0.425
Aspirin	1	5	1.835	0.11-29.63	0.669
Clopidogrel	1	3	4.037	0.24-66.28	0.328
TTR น้อยกว่า 65%	5	11	12.235	2.35-63.68	0.003*
การกินยารวาร์ฟาริน 24 เดือนขึ้นไป	9	21	2.332	0.47-11.48	0.298
ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา	2	24	0.369	0.04-3.09	0.359
ปัญหาอันตรกิริยา	5	47	1.254	0.27-5.79	0.771

สำหรับปัจจัยด้านอายุ 70 ปีขึ้นไป และปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มความเสี่ยงระดับยารวาร์

ฟารินต่ำกว่าช่วงการรักษาแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยารวาร์ฟารินต่ำกว่าช่วงการรักษาคำนวณแบบ multivariate analysis

ปัจจัยเสี่ยง (n117)	INR < 2		Adj.OR	95%CI	p-value
	พบ	ไม่พบ			
อายุ 70 ปีขึ้นไป	61	6	1.202	0.27-5.21	0.805
ไทรอยด์เป็นพิษ	2	1	0.327	0.01-5.73	0.445

ตารางที่ 2 ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อระดับยารวาร์ฟารินต่ำกว่าช่วงการรักษาคำนวณแบบ multivariate analysis

ปัจจัยเสี่ยง (n117)	INR < 2		Adj.OR	95%CI	p-value
	พบ	ไม่พบ			
โรคเบาหวาน	29	3	0.614	0.10-3.56	0.587
โรคไตเสื่อมเรื้อรัง	16	2	0.601	0.08-4.40	0.617
โรคหัวใจล้มเหลว	14	3	0.432	0.05-3.38	0.425
Aspirin	5	1	0.544	0.03-8.79	0.669
Clopidogrel	3	1	0.247	0.01-4.06	0.328
TTR น้อยกว่า 65%	11	5	0.081	0.01-0.42	0.003*
การกินยารวาร์ฟาริน 24 เดือนขึ้นไป	21	9	0.428	0.08-2.11	0.298
ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา	24	2	2.705	0.32-22.65	0.359
ปัญหาอันตรกิริยา	47	5	0.796	0.17-3.67	0.771

สรุปและอภิปรายผล

ยารวาร์ฟารินมีดัชนีการรักษาแคบ และมีอันตรกิริยาได้ง่ายกับทั้งอาหารและยาชนิดอื่น ทำให้ขนาดยาที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่จะต้องรับประทานมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องมีการติดตามระดับและผลจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ โดยพิจารณาจากค่า international normalized ratio (INR) ที่ต้องมียาอยู่ในช่วง 2-3 ยังต้องคำนึงถึงระยะเวลาที่ผลการตรวจค่า INR ของผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายอีกด้วย กล่าวคือ จะต้องมียา Time in therapeutic range (TTR) ที่มากกว่า ร้อยละ 65 การศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 13.68 ที่มีค่า TTR น้อยกว่าร้อยละ 65 และพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดในช่วงเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 65 เพิ่มความเสี่ยงระดับยารวาร์ฟารินสูงกว่าช่วงการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio =12.235, p=0.003) ขณะที่การศึกษาของอภิชัย มาสุขใจ พบว่าคนไทยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะแบบสั่นระริกมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า TTR น้อยกว่าร้อยละ 65 หรือกลุ่มที่มีการใช้ยารวาร์ฟารินที่ไม่ได้ประสิทธิภาพอยู่ทั้งสิ้น ร้อยละ 63.78⁸ ส่วนการศึกษาผู้ป่วย 97 ภายในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพบเพียงร้อยละ 31.96 ที่ TTR มากกว่าเท่ากับ 65⁹ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Haas และคณะ ที่ศึกษาแบบสังเกตจาก 35 ประเทศทั่วโลก พบว่ามี

TTR ต่ำกว่า ร้อยละ 65 จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบ และภาวะขาดเลือดอื่นๆ เพิ่มขึ้น 2.6 เท่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก 1.5 เท่า และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.4 เท่ามากกว่าในกลุ่มที่ TTR มากกว่าเท่ากับ 65¹⁰ ผู้ป่วยในภูมิภาคเอเชียมี TTR ที่ต่ำ เมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นของโลก (31% vs 54%)¹¹ Takahashi พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยในทวีปเอเชียมีค่า TTR ต่ำอาจเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรม โดยพบว่า มี polymorphism of cytochrome P450 2C9 (CYP2C9) และ vitamin K epoxide reductase complex subunit 1 (VKORC1) มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาณของยารวาร์ฟารินที่ใช้¹² อย่างไรก็ตามควรให้ความสำคัญกับ TTR หากพบผู้ป่วยมีปัจจัยดังกล่าวสามารถนำข้อมูลประกอบการตัดสินใจและวางแผนการรักษาเพื่อหาทางป้องกันในการรับยารวาร์ฟารินเกินขนาด

การศึกษานี้พบอาการไม่พึงประสงค์จากยารวาร์ฟารินเกินขนาด ร้อยละ 8.55 ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน ร้อยละ 3.42 จุดจ้ำเลือดออกตามตัว ร้อยละ 1.71 ไอเป็นเลือด ร้อยละ 1.71 ถ่ายเป็นเลือด ร้อยละ 0.85 และ Uterine bleeding ร้อยละ 0.85 ส่วน ติพย์สุมล รักศีลธรรม พบภาวะเลือดออกไม่รุนแรง ร้อยละ 16.6 เป็นจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน และพบภาวะเลือดออกรุนแรงทั้งหมด 7 ราย โดย 4 ใน 7 ราย เลือดออกทางเดิน

อาหาร และ 3 ใน 4 ราย พบเลือดออกทางเดินอาหาร¹³ และเงินจี้ราตันติ วิชญวนิช และคณะ พบอาการไม่พึงประสงค์จากยารวาร์ฟาริน ร้อยละ 43.41 อาการส่วนใหญ่ คือ พบจ้ำเลือดตามตัว 26 ครั้ง และเลือดออกตามไรฟัน 17 ครั้ง เกิดอันตรกิริยากับยาหรืออาหาร ร้อยละ 9.30¹⁴ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญ ในการช่วยดูแลและติดตามผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดและป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารวาร์ฟารินให้น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การติดตามผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมาย จึงมีความสำคัญควรมีการนัดติดตามอาการผู้ป่วยที่ถี่ขึ้น หรือให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ

ตัวเมื่อเกิดอาการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

2. งานวิจัยนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงทำให้ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดวาร์ฟารินเกินขนาดบางส่วนจึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มผู้ป่วยให้มากขึ้น

3. การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ซึ่งมีข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น การประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุจากการใช้ยารวาร์ฟารินย้อนหลัง อาจขาดข้อมูลบางส่วน ซึ่งได้จากการซักประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติม ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไป อาจทำการศึกษารูปแบบไปข้างหน้า (prospective) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวัดและการประเมินภาวะต่าง ๆ รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เหมือนกัน

เอกสารอ้างอิง

1. พิภกรม อโศกบุญรัตน์, ทิภาดา สามสีทอง. ผลของการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมในคลินิกการฟาริน ณ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2564;17(4):61-72.
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ สำนักบริหารการสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ เรื่อง การบริหารจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด. กรุงเทพมหานคร: โอ-วิทย์ (ประเทศไทย); 2559.
3. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
4. สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ. ยาด้านการแข็งตัวของเลือด : warfarin. ไทยเฝ้าชนิพนธ์ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์) 2553;5(1):87-98.
5. สาวิตรี เหล่าไพบุญญกุล, อังคณา ช่วยชัย, ศิวกร บันลือพืช, ภรณ์ บรรณโคภิชัย, สิริภา มาตมุลตรี, วรณดี คงเทพ. ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยนอกที่ได้รับยารวาร์ฟารินที่มีค่า INR นอกช่วงการรักษาโดยการเยี่ยมบ้านในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมวิชาการระดับชาติ “วาลักษณ์วิจัย” 2562;11(4):1-7.
6. อภิชาติ จิตต์ชื่อ, สุวิมล ยี่งู, ตฤยา โปธารส, จันทรีสม์ เสกขุนทด, ปิยะนุช ทิมคร. การศึกษาความรู้ของผู้ป่วยและปัญหาจากการใช้ยารวาร์ฟาริน ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต. สงขลานครินทร์เวชสาร 2558;33(2):84-92.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement 1970;30(3):607-10.
8. อภิชัย มาสุขใจ. การศึกษาทดสอบความถูกต้องของปัจจัยที่ใช้พยากรณ์การใช้ยารวาร์ฟารินที่ไม่ได้ประสิทธิภาพในคนไทยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะแบบสั่นระริกที่ไม่ได้เกิดจากลิ้นหัวใจผิดปกติ (วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
9. Krittathanakul S, Silapachote P, Pongwecharak J, Wongsatit U. Effects of pharmacist counseling on outpatients receiving warfarin at Songklanagarind Hospital. Songklanagarind Medical Journal 2020;24(2):93-9.
10. Haas S, Camm AJ, Bassand J-P, Angchaisuksiri P, Cools F, Corbalan R, et al. Predictors of NOAC versus VKA use for stroke prevention in patients with newly diagnosed atrial fibrillation: results from GARFIELD-AF. American heart journal 2019;213:35-46.

11. Oh S, Goto S, Accetta G, Angchaisuksiri P, Camm AJ, Cools F, et al. Vitamin K antagonist control in patients with atrial fibrillation in Asia compared with other regions of the world: real-world data from the GARFIELD-AF registry. *International journal of cardiology* 2016;223:543-7.
12. Takahashi H, Wilkinson GR, Caraco Y, Muszkat M, Kim RB, Kashima T, et al. Population differences in S-warfarin metabolism between CYP2C9 genotype-matched Caucasian and Japanese patients. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2003;73(3):253-63.
13. ทิพย์สุมล รักศีลธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับวาร์ฟารินเกินขนาดของคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระจอมศิริชั้น 4-5. *วารสารแพทย์เขต* 4-5 2566;42(3):381-90.
14. เจนจิราตันติ วิชญวานิช, รังสิมา ไชยาสุ. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟารินของโรงพยาบาลปัตตานี. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2562;5(2):108-19.

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ของสถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี

Factors Associated with Compliance with the Advertising Law of Sanatorium Act B.E. 2541 of Clinics in Kanchanaburi Province

(Received: June 17,2024 ; Revised: June 25,2024 ; Accepted: June 26,2024)

กมลภัทร สวัสดิ์โกศล¹

Kamolpat Sawatkosol¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ของสถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี ประชากรคือสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการโฆษณา ความรู้ ความคิดเห็น และประวัติการถูกลงโทษตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 182 คน (ร้อยละ 57.41) สถานพยาบาลที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ครบถ้วน ร้อยละ 85.2 สถานพยาบาลปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 บางส่วน ร้อยละ 11.5 และสถานพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ร้อยละ 3.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา ($P = 0.048$) ปัจจัยลักษณะสถานพยาบาล ($P = 0.001$) ปัจจัยช่องทางที่ใช้โฆษณา ($P < 0.001$) ปัจจัยวัตถุประสงค์การโฆษณา ($P < 0.001$) ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ($P < 0.001$) ทศนคดีต่อข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณา ($P = 0.03$) การถูกตักเตือนโดยเจ้าหน้าที่ ($P < 0.001$) และการถูกดำเนินคดี ($P < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การคุ้มครองผู้บริโภค, โฆษณา, การปฏิบัติตามกฎหมาย, พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

Abstract

This study is a cross-sectional analytical survey aimed to study the factors associated with compliance with the advertising law of Sanatorium Act B.E. 2541 of clinics in Kanchanaburi province. The population included clinics in Kanchanaburi Province. Data was collected using a questionnaire that included general information, advertising behavior, knowledge, opinions, and history of convictions under the Sanatorium Act B.E.2541, Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square statistics.

Results: A total of 182 respondents (57.41%) completed the questionnaire. Clinics that fully comply with the advertising law of Sanatorium Act B.E. 2541 are 85.2%, 11.5% complied partially, and 3.3% did not comply. Statistical analysis revealed significant were educational level ($P = 0.048$), facility characteristics ($P = 0.001$), advertising channels used ($P < 0.001$), advertising objectives ($P < 0.001$), knowledge of advertising law of Sanatorium Act B.E. 2541 ($P < 0.001$), attitudes towards the advertising law ($P = 0.03$), being warned by authorities ($P < 0.001$), and legal proceedings ($P < 0.001$) were significantly associated with Sanatorium Act B.E. 2541 compliance.

Keywords: consumer protection, advertising, compliance, Sanatorium Act B.E.2541

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

บทนำ

ด้วยปัจจุบันการประกอบกิจการสถานพยาบาลเอกชนมีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนหรือคลินิก เนื่องจากสามารถจัดเตรียมสถานที่เพื่อเปิดกิจการสถานพยาบาลได้อย่างไม่ยากนัก ทำให้จำนวนสถานพยาบาลเอกชนมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากรายงานสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ประจำปี พ.ศ.2566 พบว่า สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มีมากถึง 35,577 แห่ง¹ ดังนั้น การประชาสัมพันธ์หรือโฆษณาเกี่ยวกับการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อเชื้อเชิญหรือจูงใจให้เลือกใช้บริการจึงเป็นวิธีการสื่อสารต่อผู้รับบริการให้เกิดความรับรู้และเข้าใจในรายละเอียดของสินค้าและบริการ โดยเฉพาะการโฆษณาในสื่อออนไลน์ จากสถานการณ์การโฆษณาของสถานพยาบาลที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นการโฆษณาให้ทราบเกี่ยวกับชื่อ คุณวุฒิหรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ การให้บริการทางการแพทย์ การแจ้งอัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ การแจ้งวันและเวลาให้บริการ รวมถึงการแจ้งข่าวสารโปรโมชั่นต่างๆ ทำให้เกิดการโฆษณาที่ชักจูงให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดไปจากความเป็นจริง หรือเข้าใจผิดในสาระสำคัญของบริการในสถานพยาบาล จนอาจเกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการได้ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและได้รับบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย ตรงตามความต้องการ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้บัญญัติข้อกฎหมายเพื่อควบคุมกำกับกับการโฆษณาสถานพยาบาลไว้ในมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขค่าใช้จ่ายในการโฆษณาสถานพยาบาลหรือประกาศเกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 โดยสาระสำคัญของมาตรา 38 วรรคแรกและประกาศฯ ดังกล่าว คือ การโฆษณาสถานพยาบาลจะต้องได้รับอนุมัติข้อความเสียงหรือภาพที่ใช้ในการโฆษณาหรือ

ประกาศจากผู้อนุญาตเสียก่อน จึงจะทำการโฆษณาหรือประกาศได้ ผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท และให้ปรับอีกวันละไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทนับแต่วันที่ฝ่าฝืนคำสั่งที่ให้ระงับการโฆษณาหรือประกาศ ทั้งนี้ จนกว่าจะระงับการโฆษณาหรือประกาศดังกล่าว ตามมาตรา 68 วรรคแรก แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และมาตรา 38 วรรคสอง กำหนดห้ามทำการโฆษณาโดยใช้ข้อความหรือรูปภาพอันเป็นเท็จหรือ โ้อวดเกินความจริง หรือน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญของการให้บริการ อาทิเช่น ใช้คำว่า ดีที่สุด แห่งแรก แห่งเดียวในโลก ราคาถูกที่สุด หายขาด รับรองผล 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และให้ปรับอีกวันละไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทนับแต่วันที่ฝ่าฝืนคำสั่งที่ให้ระงับการโฆษณาหรือประกาศ ทั้งนี้ จนกว่าจะระงับการโฆษณาหรือประกาศ ตามมาตรา 68 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541^{2,3} อีกทั้งหากพบว่าผู้กระทำความผิดเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ อาจถูกพิจารณาดำเนินการตามมาตรการและบทลงโทษของสภาวิชาชีพได้

จังหวัดกาญจนบุรีมีสถานพยาบาลเอกชนทั้งหมด 317 แห่ง เป็นประเภทการพยาบาลและการผดุงครรภ์มากที่สุด 110 แห่ง รองลงมาเป็นเวชกรรม 85 แห่ง เฉพาะทาง 48 แห่ง ทันตกรรม 36 แห่ง และประเภทอื่นๆ 38 แห่ง ผลการดำเนินงานกำกับดูแลการโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชน พบว่า มีสถานพยาบาลเอกชนที่มาดำเนินการยื่นขออนุมัติโฆษณาเพียง 38 แห่ง รวมเป็นจำนวน 76 คำขอ ส่วนใหญ่เป็นการขออนุมัติโฆษณาทางเฟสบุ๊ค ร้อยละ 61.73 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนสถานพยาบาลทั้งหมดที่มีในจังหวัดทั้งหมด 317 แห่ง จึงมีความเป็นไปได้ว่าอาจมีสถานพยาบาลเอกชนส่วนหนึ่งที่ไม่มาดำเนินการขออนุมัติโฆษณาหรือมีการโฆษณาด้วยข้อความที่เข้าข่ายเป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความจริง อันเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล⁴ โดยในระหว่างปีงบประมาณ 2565-2567 มีเรื่องร้องเรียน

ด้านสถานพยาบาลทั้งหมด 19 เรื่อง โดยข้อร้องเรียนที่พบมากที่สุด คือ สถานพยาบาลทำการโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมาย 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 89.47 ผลการดำเนินการ คือ เปรียบเทียบปรับ 16 ราย และส่งพนักงานสอบสวนดำเนินคดี 1 ราย นอกจากนี้ จากการตรวจเฝ้าระวังของพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พบชิ้นงานโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมาย จำนวน 186 ชิ้นงาน จากจำนวนที่ตรวจสอบทั้งหมด 220 ชิ้นงาน คิดเป็นร้อยละ 84.55

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การโฆษณาเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ผู้ประกอบการธุรกิจบริการสุขภาพใช้ในการแข่งขันทางการตลาด หากการโฆษณานั้นเป็นเท็จไม่มีมูลความจริง หรือมีลักษณะเป็นการหลอกลวงหรือปกปิดความจริงหรือทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นจริง การโฆษณานั้นย่อมส่งผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการให้ได้รับความเสียหาย เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเกิดผลเสียต่อผู้ประกอบการสถานพยาบาลที่อาจต้องสูญเสียทั้งเงิน เวลา และสภาพจิตใจ เนื่องจากต้องเข้าสู่กระบวนการเปรียบเทียบปรับและอาจถูกดำเนินคดีตามบทบัญญัติของกฎหมาย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การปฏิบัติตามกฎหมายมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ เพศ และอายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส⁵ และพฤติกรรม^{6,7} บางการศึกษาสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย⁸ ทศนคติ⁹ การรับผิดชอบต่อสังคม¹⁰ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและสื่อสนับสนุน¹¹ และการได้รับการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่^{12,13} มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกฎหมาย

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องมีการศึกษาวิจัย เนื่องจากสถานการณ์ปัญหาการโฆษณาสถานพยาบาลที่ตรวจพบในจังหวัดกาญจนบุรี และจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับการปฏิบัติตาม

ข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานพิจารณาอนุญาต ตรวจเฝ้าระวัง และตรวจสอบโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 จึงเห็นความสำคัญและมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ของสถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการบริหารจัดการการโฆษณาของสถานพยาบาลให้ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ของสถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 317 แห่ง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรของทาโร ยามาเน่ โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าที่ 0.05 ได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาไม่น้อยกว่า 177 แห่ง โดยมีเกณฑ์คัดตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามที่มีการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน ระดับการศึกษา ประเภทสถานพยาบาล และพฤติกรรมการโฆษณา ประกอบด้วย ช่องทาง ความถี่ งบประมาณ

วัตถุประสงค์การโฆษณา เป็นคำถามปลายปิดแบบให้
เลือกตอบ (checklist)

ส่วนที่ 2 ข้อสอบวัดความรู้ ทั้งหมด 10 ข้อ
ข้อละ 1 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 10 คะแนน
ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติ
สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งการให้คะแนนใช้เกณฑ์
ดังนี้ คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ได้ 0
คะแนน จัดระดับความรู้กำหนดเกณฑ์ในการแปล
ความหมายของความรู้เป็น 3 ระดับ โดยพิจารณา
ตามเกณฑ์ของบลูม¹⁴ แปลผลได้ดังนี้

ระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ
60 (คะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง
ร้อยละ 60-79.99 (คะแนนระหว่าง 6-7 คะแนน)

ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ
80 ขึ้นไป (คะแนนระหว่าง 8-10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อ
การปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตาม
พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ทั้งหมด 2
ด้าน ได้แก่ ทศนคติต่อข้อกำหนดเกี่ยวกับการ
โฆษณา และขั้นตอนการขออนุญาต ลักษณะคำตอบ
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น
5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคิร์ตแปลผลได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คะแนน
หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 คะแนน
หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 คะแนน
หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 คะแนน
หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คะแนน
หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ยสามารถแปลค่าได้เป็น 3 ระดับ
ตามแนวคิดของ Best¹⁵ ดังนี้

ได้คะแนน 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง
เห็นด้วย

ได้คะแนน 2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึง
ไม่แน่ใจ

ได้คะแนน 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง
ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 ประวัติการถูกลงโทษทางกฎหมาย
เป็นระบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 2
ข้อ ถ้าเคยถูกลงโทษได้ 1 คะแนน ถ้าไม่เคยถูกลงโทษ
ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการ
โฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.
2541 มีทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรา
ส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ
ตามรูปแบบของลิเคิร์ต แปลผลได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 คะแนน
หมายถึง ปฏิบัติตามทุกครั้ง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 คะแนน
หมายถึง ปฏิบัติตามบ่อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 คะแนน
หมายถึง ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 คะแนน
หมายถึง ปฏิบัติตามบางส่วน

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 คะแนน
หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามเลย

คะแนนเฉลี่ยสามารถแปลค่าได้เป็น 3 ระดับ
ตามแนวคิดของ Best¹⁵ ดังนี้

ได้คะแนน 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง
ปฏิบัติตามกฎหมายครบถ้วน

ได้คะแนน 2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึง
ปฏิบัติตามกฎหมายบางส่วน

ได้คะแนน 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง ไม่
ปฏิบัติตามกฎหมายเลย

ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอแนะ
ทางการพัฒนาข้อกำหนดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อ
กฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติ
สถานพยาบาล พ.ศ.2541 โดยมีลักษณะเป็นคำถาม
ปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ เกษัชกรเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นิตกรชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการกองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และเภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แบบสอบถามทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) มากกว่า 0.5 นอกจากนี้ยังตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 แห่ง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.77 และแบบสอบถามส่วนที่เป็นความรู้ใช้วิธี Kuder-Richardson ได้ค่า 0.83 ถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยงสามารถนำมาใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามออนไลน์ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ไปยังสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดกาญจนบุรี และเมื่อได้รับแบบสอบถามตอบกลับแล้วทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุดก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และพฤติกรรมการโฆษณา ใช้ความถี่ และร้อยละ การวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 โดยใช้ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หากค่าพารามิเตอร์ใดไม่สามารถใช้ไคสแควร์ได้ จะใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) แทน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีตามหนังสือเลขที่ กจ.0033.002/1625 วันที่รับรอง 26 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด 182 คน อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 83.56 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 มีช่วงอายุ 35-50 ปี ร้อยละ 51.1 มีตำแหน่งเป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือเจ้าของกิจการ ร้อยละ 63.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.4 สถานพยาบาลเป็นลักษณะเวชกรรม ร้อยละ 46.2 โฆษณาผ่านช่องทางออนไลน์ ร้อยละ 59.5 โฆษณาทุกเดือน ร้อยละ 30.8 งบประมาณในการโฆษณาน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 30.8 และมีวัตถุประสงค์การโฆษณาเพื่อเข้าถึงคนจำนวนมาก ร้อยละ 39.4

ความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ระดับความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 46.7 ระดับปานกลางร้อยละ 39.0 และมีความรู้ระดับมากร้อยละ 14.3

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย (Mean=3.72, SD=0.73) โดยด้านทัศนคติเกี่ยวกับข้อกำหนดการโฆษณามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=3.80, SD=0.72; ระดับเห็นด้วย) และด้านขั้นตอนการขออนุญาตโฆษณามีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.42, SD=0.92; ระดับไม่แน่ใจ)

กลุ่มตัวอย่างเคยถูกตักเตือน เรื่อง การโฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาต และการแสดงข้อความโฆษณาโอ้อวดเกินจริง หรือเป็นเท็จจำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.3 และเคยถูกปรับหรือดำเนินคดี เนื่องจาก

ฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาสถานพยาบาลจำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 พบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา ($P = 0.048$) ปัจจัยลักษณะสถานพยาบาล ($P = 0.001$) ปัจจัยช่องทางที่ใช้โฆษณา ($P < 0.001$) ปัจจัยวัตถุประสงค์การโฆษณา

($P < 0.001$) ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ($P < 0.001$) ทศนคติต่อข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณา ($P = 0.03$) ประวัติการถูกตักเตือนโดยเจ้าหน้าที่ ($P < 0.001$) และประวัติการถูกดำเนินคดี ($P < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ด้วยการวิเคราะห์ไคสแควร์ ($n=182$)

ตัวแปรต้น		การปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณา (ร้อยละ)		P-value
		ปฏิบัติตามกฎหมายทุกครั้ง	ปฏิบัติตามกฎหมายบางส่วนและไม่ปฏิบัติตามกฎหมายเลย	
ข้อมูลทั่วไป				
เพศ				0.638
	ชาย	51 (72.9)	19 (27.1)	
	หญิง	104 (92.9)	8 (7.1)	
อายุ				0.182
	น้อยกว่า 35 ปี	15 (57.7)	11 (42.3)	
	อายุ 35-50 ปี	80 (86.0)	13 (14.0)	
	มากกว่า 50 ปี	60 (95.2)	3 (4.8)	
ตำแหน่ง				0.271
	เจ้าของกิจการ	98 (85.2)	17 (14.8)	
	ผู้ประกอบการวิชาชีพ	47 (88.7)	6 (11.3)	
	แอดมินเพจ	10 (71.4)	4 (28.6)	
ระดับการศึกษา				0.048*
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	2 (50.0)	2 (50.0)	
	ปริญญาตรี	99 (83.2)	20 (16.8)	
	สูงกว่าปริญญาตรี	54 (91.5)	5 (8.5)	
ลักษณะสถานพยาบาล				0.001*
	เวชกรรม	73 (86.9)	11 (13.1)	
	การพยาบาลและการผดุงครรภ์	54 (94.7)	3 (5.3)	
	ทันตกรรม	13 (59.1)	9 (40.9)	
	อื่นๆ	15 (78.9)	4 (21.1)	
พฤติกรรมโฆษณา				<0.001*
ช่องทางที่ใช้โฆษณา				
	ออนไลน์	74 (74.0)	26 (26.0)	
	ป้าย แผ่นพับ	38 (76.0)	12 (24.0)	
	รถ/วิทยุกระจายเสียง	4 (22.2)	14 (50.0)	
ความถี่ในการโฆษณา				<0.001*
ความถี่ในการโฆษณา				
ความถี่ในการโฆษณา				
ความถี่ในการโฆษณา				
ความถี่ในการโฆษณา				

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ด้วยการวิเคราะห์ไคสแควร์ (n=182)

ตัวแปรต้น		การปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณา (ร้อยละ)		P-value
		ปฏิบัติตามกฎหมาย ทุกครั้ง	ปฏิบัติตามกฎหมายบางส่วน และไม่ปฏิบัติตามกฎหมายเลย	
	ทุกวัน	13 (65.0)	7 (35.0)	0.059
	ทุกสัปดาห์	38 (79.2)	10 (20.8)	
	ทุกเดือนหรือน้อยกว่า	104 (91.2)	10 (8.8)	
งบประมาณในการโฆษณา				
	น้อยกว่า 5,000 บาท	106 (93.0)	8 (7.0)	0.106
	มากกว่า 5,000 บาท	49 (72.1)	19 (27.9)	
วัตถุประสงค์การโฆษณา				
	ไม่มีการโฆษณา	58 (100.0)	0 (0.0)	<0.001 ^{*a}
	เข้าถึงคนจำนวนมาก	71 (81.6)	16 (18.4)	
	ตรงกลุ่มเป้าหมาย	39 (68.4)	18 (31.6)	
	เพิ่มยอดขาย	8 (42.1)	11 (57.9)	
ระดับความรู้				
	น้อย	75 (88.2)	10 (11.8)	<0.001*
	ปานกลาง	58 (81.7)	13 (18.3)	
	มาก	22 (84.6)	4 (15.4)	
ทัศนคติต่อข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณา				
	ไม่เห็นด้วย	2 (50.0)	2 (50.0)	0.030*
	ไม่แน่ใจ	67 (83.8)	13 (16.3)	
	เห็นด้วย	86 (87.8)	12 (12.2)	
ขั้นตอนการขออนุญาต				
	ไม่เห็นด้วย	10 (66.7)	5 (33.3)	0.155
	ไม่แน่ใจ	92 (87.6)	13 (12.4)	
	เห็นด้วย	53 (85.5)	9 (14.5)	
ประวัติการถูกตักเตือน				
	เคย	9 (52.9)	8 (47.4)	<0.001*
	ไม่เคย	146 (88.5)	19 (11.5)	
ประวัติการถูกดำเนินคดี				
	เคย	6 (40.0)	9 (60.0)	<0.001*
	ไม่เคย	149 (89.2)	18 (10.8)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

a ทดสอบด้วย Fisher's exact test

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะต่อข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ได้แก่ สถานพยาบาลยังไม่เข้าใจกฎหมายการโฆษณา แนวทางการขออนุญาตยังไม่ชัดเจน การบังคับใช้กฎหมายต้องใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ ทำให้การลงโทษไม่เป็นธรรม และรู้สึกว่

เจ้าหน้าที่ไม่ดำเนินการเชิงรุกกับโฆษณาที่ผิดกฎหมาย

การปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 สถานพยาบาลที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติ

สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ครอบคลุมร้อยละ 85.2 สถานพยาบาลที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 บางส่วนร้อยละ 11.5 และสถานพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ร้อยละ 3.3

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและระดับปริญญาตรีมีแนวโน้มไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าอาจมีมุมมองของการประกอบธุรกิจหรือการดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดที่รอบคอบและรัดกุม เห็นทั้งผลดีและผลเสียของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายได้รอบด้านมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ปัจจัยลักษณะสถานพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่าสถานพยาบาลเวชกรรมมีการทำโฆษณามากที่สุดในขณะที่สถานพยาบาลทันตกรรมมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มากกว่าสถานพยาบาลลักษณะอื่นๆ อาจเป็นเพราะการให้บริการของสถานพยาบาลในปัจจุบันแตกต่างจากในอดีต จากที่เน้นรักษาอาการเจ็บป่วยต่างๆ เปลี่ยนมาเป็นการดูแลสุขภาพ ความสวยงามของใบหน้าและ

ร่างกาย ทำให้ธุรกิจด้านความงามทั้งกลุ่มเวชกรรมเพื่อความงามและทันตกรรมเพื่อการปรับรูปหน้ามีอัตราการเติบโตอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น สถานพยาบาลกลุ่มดังกล่าวจึงต้องมีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้บริโภคสนใจมาใช้บริการ โดยเครื่องมือที่นำมาใช้ในการดึงดูดผู้บริโภคมากที่สุดก็คือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ โดยอาศัยการแข่งขันกันด้วยคุณสมบัติส่วนตัวของแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัย สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรวรรณ เมืองมีศรี¹⁶ และการศึกษาของวาสิฏฐี⁸ ที่พบว่า การโฆษณาสถานพยาบาลในปัจจุบัน โดยเฉพาะสถานพยาบาลมักมีการนำเสนอเครื่องมือและเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ทันสมัยนำเข้าจากต่างประเทศ และใช้ผู้ที่มิใช่ผู้เชี่ยวชาญเป็นที่รู้จักของคนทั่วไป เช่น ดารา นักร้อง นางงาม เป็นจุดเด่นในการขาย ปัจจัยเหล่านี้จึงส่งผลให้สถานพยาบาลด้านความงามมีการแข่งขันสูง ต้องเน้นการทำโฆษณาเพื่อจูงใจให้ผู้บริโภคเข้ามาใช้บริการสถานพยาบาลของตน ทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มากกว่าสถานพยาบาลลักษณะอื่นๆ

ปัจจัยช่องทางที่ใช้โฆษณา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ช่องทางออนไลน์มากที่สุด เนื่องจากในยุคปัจจุบันประชากรส่วนใหญ่นิยมใช้สื่อออนไลน์มากขึ้น โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างสูงในประเทศไทย คือ Facebook^{17, 18} จึงได้มีการนำเอาสื่อออนไลน์มาใช้เป็นสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่ผู้โฆษณาต้องการให้ผู้บริโภครับรู้และเกิดความต้องการในบริการ โดยใช้เป็นช่องทางหลักที่สถานพยาบาลเลือกใช้เป็นสื่อโฆษณา สอดคล้องกับการศึกษาของสมนึก ฮาเส็ม¹⁹ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อถือสื่อโฆษณาออนไลน์เกี่ยวกับศัลยกรรมเสริมความงามระดับมาก และมีความสัมพันธ์เชิงบวกใน

ระดับค่อนข้างสูงกับความตั้งใจทำกิจกรรมเสริมความงาม

ปัจจัยวัตถุประสงค์การโฆษณา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับปัจจัยช่องทางที่ใช้โฆษณา เนื่องจากสถานพยาบาลส่วนใหญ่ใช้การโฆษณาทางสื่อออนไลน์เพื่อให้เข้าถึงคนจำนวนมากได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการที่โอ้อวดเกินจริง เพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกบริการจากสถานพยาบาลมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษากร บุษสิน²⁰ พบว่า ผู้ประกอบการสถานพยาบาลในจังหวัดเพชรบูรณ์เลือกช่องทางที่ใช้โฆษณาทางออนไลน์มากที่สุดร้อยละ 41.9 และช่องทางที่สถานพยาบาลนิยมใช้มากที่สุดคือ Facebook เนื่องจากมีต้นทุนที่ไม่สูงมากนัก สามารถปรับเปลี่ยนและลงโฆษณาได้อย่างรวดเร็ว และเข้าถึงฐานกลุ่มผู้บริโภคเป้าหมายที่มีการขยายตัวและความต้องการที่มากขึ้น ทำให้ต้นทุนในการโฆษณาของสถานพยาบาลมีน้อยลง แต่สามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้รวดเร็วมากขึ้น²¹

ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย จึงอาจส่งผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพราะการจะโฆษณาเกี่ยวกับสถานพยาบาลต้องอาศัยความรู้ด้านการขออนุญาตโฆษณา ข้อกำหนด เอกสารที่ต้องใช้ในการขออนุญาต เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเลือกซื้อและวิธีการโฆษณาสถานพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอลงกรณ์ เปกาสิทธิ์⁷ โดยพบว่าผู้ประกอบการที่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายในระดับต่ำ ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายมากกว่าผู้ประกอบการที่มีความรู้ในระดับสูงถึง 10 เท่า และการศึกษาของกร บุษสิน²⁰ ที่พบว่าผู้ประกอบการของสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม

ความรู้การโฆษณาของสถานพยาบาลมีการโฆษณาสถานพยาบาลอย่างเหมาะสมและเป็นไปตามกฎหมายแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ครบถ้วน สอดคล้องกับแนวคิดทัศนคติของสงวน สุทธิเลิศอรุณ²² กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นไปตามทัศนคติ ดังนั้นหากผู้ประกอบการมีทัศนคติที่ดีย่อมนำไปสู่การปฏิบัติตามกฎหมายที่เหมาะสมได้เช่นกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของดวงใจ บรรทัด¹³ ที่พบว่า ทัศนคติส่งผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนของทัศนคติเพิ่มขึ้นจะทำให้การปฏิบัติตามกฎหมายมากขึ้นเช่นกันและการศึกษาของทิพวัลย์ พรหมมร⁹ ที่พบว่าผู้ประกอบการเพิ่มความระมัดระวังในการขายบุหรี่มากขึ้น เนื่องจากเห็นว่าการปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 เป็นเรื่องที่สามารถทำได้ และส่งผลดีต่อสังคม

ปัจจัยการถูกตักเตือนจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการโฆษณา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าการจะเปิดสถานพยาบาลจะต้องยื่นขออนุญาตต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้สามารถเปิดดำเนินการได้ โดยถูกต้องตามกฎหมาย แต่มักไม่ได้คำนึงถึงข้อปฏิบัติอื่นๆที่กฎหมายกำหนดให้สถานพยาบาลต้องดำเนินการ จนกว่าเจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ปฏิบัติหรือ

ตกเตือนให้แก้ไขหรือให้ดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของสาวตรี มุณีรัตน์⁵ พบว่า ผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับอนุญาตถูกต้องในอุดรธานีขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาห้ามจำหน่ายถึงร้อยละ 80 เนื่องจากขาดการรับรู้ข่าวสารและการศึกษากฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม

ปัจจัยการถูกดำเนินคดี มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติน และแม็คคอลลิสเตอร์²³ ซึ่งพบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายส่งผลต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย อีกทั้งการศึกษาของแยปป์ และแฟร์แมน²⁴ และการศึกษาของอัลซอร์ และเมียดัน²⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามกฎหมายและผลการศึกษายังชี้ชัดเจนว่า ปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้ คือ การขาดการกระตุ้น ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. ประชากรของการศึกษาค้างนี้ เป็นสถานพยาบาลทั้งหมดของจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งประกอบไปด้วยสถานพยาบาลที่เคยมีประสบการณ์ทำโฆษณา และที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำโฆษณามาก่อน จึงอาจส่งผลต่อระดับความรู้และความคิดเห็นโดยรวม

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นสถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี โดยไม่มีการเก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดอื่นหรือเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง และกลุ่มสถานพยาบาลในจังหวัดอื่น เพื่อหาข้อมูลด้านลบและด้านบวกมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมายหรือการบังคับใช้กฎหมาย

3. การศึกษายังขาดการเก็บข้อมูลในหลายๆ มิติ เช่น มุมมองของผู้บริโภคหรือผู้รับบริการต่อความคาดหวังที่มีต่อการรับรู้โฆษณาสถานพยาบาล รวมถึงสิทธิผู้บริโภคที่ควรทราบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลทราบว่าการกระทำลักษณะใดบ้างที่ถือเป็นการโฆษณาสถานพยาบาล ผลผลิตภัณฑ์สุขภาพใดบ้างที่ต้องขออนุญาตโฆษณา รวมทั้งชี้แจงขั้นตอนการขออนุมัติโฆษณาให้ทราบตั้งแต่เริ่มขออนุญาตเปิดสถานพยาบาล และใช้ช่องทางที่เข้าถึงง่าย เช่น website, line official ในการประชาสัมพันธ์ความรู้การขออนุญาตโฆษณาและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดประชุมให้ความรู้กลุ่มผู้ประกอบกิจการและผู้ดูแลสื่อของสถานพยาบาล ให้มีความรู้ความเข้าใจในข้อกำหนดการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ได้แก่ ความรู้ด้านกฎหมายและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากการขออนุมัติโฆษณา เช่น การใช้ข้อความ การแสดงภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรสื่อสารข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค แพทยสภา และคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) เพื่อหาแนวทางกำกับดูแลการโฆษณาในสื่อออนไลน์ เนื่องจากการวิจัยนี้พบประเด็นการโฆษณาออนไลน์มากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นสื่อที่ส่งผลกระทบกับสังคมได้เป็นวงกว้าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมถึงสภาวิชาชีพ เพื่อนำผล

การศึกษาไปปรับปรุงแก้ไขและคุ้มครองผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าต่อไปควรทำเชิงคุณภาพด้านข้อกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 โดยจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) เพื่อค้นหาข้อมูลทั้งแง่ลบและแง่บวกมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมายหรือการบังคับใช้กฎหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามและขอขอบคุณสถานพยาบาลจังหวัดกาญจนบุรีทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. สถิติข้อมูลการร้องทุกข์จากผู้บริโภค ปีงบประมาณ 2556-2565. เข้าถึงได้จาก: https://www.ocpb.go.th/graph_views.php?graph_id=25.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 289 ง (ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2562).
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 (ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551).
4. รายการสถานพยาบาลเอกชน [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://info.kanpho.go.th/healthsys/web/index.php>.
5. สาวิตรี มณีรัตน์. การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ในเขตสุขภาพที่ 10. นนทบุรี: ศูนย์วิศวกรรมกรรมแพทย์ที่ 10 (อุบลราชธานี) กองวิศวกรรมกรรมแพทย์; 2563.
6. วิภา ศิริสวัสดิ์. การศึกษาโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2562; 13(31):92-104.
7. อลงกรณ์ เปกาตี, ลักขณา เตมศิริกุลชัย. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้ประกอบการร้านอาหารอินเทอร์เน็ตและเกมส์ กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2556; 43(1):30-41.
8. วาสิฏฐิ ตั้งสัตยธิฐาน. ผลของการพัฒนาการให้คำแนะนำการขออนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดอุดรธานี. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2566; 3(1):248-59.
9. ทิพวัลย์ พรมมร. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 6(1):100-9.
10. อตินันท์ พรหมพันธ์ใจ. ผลกระทบเชิงกฎหมายในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีผลต่อการให้บริการทันตกรรม. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 2562; 69(2):217-36.
11. อุดลย์ ลาภะแนน. การศึกษาสถานการณ์การฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลของคลินิกเอกชนในจังหวัดอุดรธานี. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2560; 6(2):15-21.
12. ประภา สุตธรรม, ภาวดี ชาวพัฒน์วรรณ. อุปสรรคในกระบวนการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อควบคุมการโฆษณาสถานพยาบาล. วารสารเกษมบัณฑิต. 2562; 20(2):200-9.
13. ดวงใจ บรรทัด, จิราพร ชมพิบูล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 กรณีศึกษาร้านอาหารและเครื่องดื่มที่ กทม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
14. Bloom. Taxonomy Of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain. New York: David McKay Co Inc; 1956.
15. Best. Research in education. New Jersey: Prentice Hall Inc; 1997.

- 16.อัจฉราวรรณ เมืองมีศรี, สุรชาติ ณ หนองคาย. การรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามกฎหมายว่าด้วยการโฆษณาสถานพยาบาล. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 2558;11(1):10-6.
- 17.การมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/jj.
- 18.DIGITAL 2023 THAILAND [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.insightera.co.th/digital-2023-thailand/>.
- 19.สมนึก ฮาเสม. การโฆษณาที่ไม่ถูกต้องทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเสริมความงาม. 2560.
- 20.ชฎากร บุญสิน. การศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมการโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เทิร์น. 2564;2(3):42-55.
- 21.สยามรัฐ. เอาจริง! จัปผิดโฆษณา "คลินิกศัลยกรรม" เกือบโชนเซี่ยลฯเวอร์เจอฟัน! [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม]. เข้าถึงได้จาก: <https://siamrath.co.th/n/21384>.
- 22.สงวน สุทธิเลิศอรุณ. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรภาพพัฒน์; 2545.
- 23.Goodin M, McAllister I. Evaluating compliance with Australia's first smoke-free public places legislation. Tob Control. 1997;6(4):326-31.
- 24.Yapp C, Fairman R. Factors affecting food safety compliance within small and medium-sized enterprises: implications for regulatory and enforcement strategies. Food Control. 2006;17(1):42-51.
- 25.Chang S-H, Delgermaa V, Mungun-Ulzii K, Erdenekhuu N, Odkhuu E, Huang S-L. Support for smoke-free policy among restaurant owners and managers in Ulaanbaatar, Mongolia. Tobacco Control. 2009;18(6):479-84.

รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลเขาไร่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

A model of Community Participation in Health Consumer Protection under the sub-district Health Boards, Khaoro Sub-district, Thung Song District, Nakhon Si Thammarat.

(Received: June 14,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

โชติมา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต¹ , ซอพีเยห์ นิมา²

Chotima Rattanadilok Na Phuket¹ , Sawpheeyah Nima²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลเขาไร่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มประชาชน กลุ่มผู้ประกอบการ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 151 คน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความพร้อมของชุมชน และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน มีการพัฒนาฐานข้อมูลและพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และพฤติกรรมของประชาชน มีการบริหารจัดการความเสี่ยง และดำเนินการตามกฎหมายเมื่อเกิดข้อร้องเรียน รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ความพร้อมของชุมชนในด้านบรรยากาศ ภาวะผู้นำทรัพยากร อยู่ในระดับสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน มีรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเครือข่าย สร้างการสื่อสารความรู้ นำไปสู่การสร้างกลไกการทำงานด้วยหลักธรรมาภิบาล เกิดนโยบายสาธารณะ นำไปสู่ชุมชนปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

Abstract

The purpose of this research was to study the model of consumer protection of health products through community participation through the mechanism of the Sub-district Quality of Life Development Committee. Khaoro Subdistrict, Thung Song District, Nakhon Si Thammarat Province by studying from a sample group, including a group of people. Entrepreneur Group Practitioner groups and sub-district quality of life development committees A total of 151 students were surveyed using qualitative and quantitative research methods. The tool used is an in-depth interview.

The results of the study showed that the situation of consumer protection for health products in the community. The database has been developed and the potential for knowledge and behavior of the people has been developed. Risk management and legal action are taken when complaints arise, including building community participation. Leadership and resources are at the level of being able to carry out activities continuously. Community involvement There is a model of consumer protection for health products by community participation in building a network. Create knowledge communication. This leads to the creation

¹ นักศึกษาปริญญาโท, หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการจัดการระบบสุขภาพ) สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

of a working mechanism based on the principles of good governance. Public policy is born. Leading to a safe community with sustainable health products.

Keywords: Community Participation, Health Consumer Protection, sub-district Health Boards

บทนำ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพนับเป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้บริโภค คือ อาหาร ยา วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษในทางการแพทย์ เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายและผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในบ้านเรือน รวมทั้งผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีผลต่อสุขภาพของผู้บริโภค¹ มีกลยุทธ์ทางด้านการตลาดหลากหลายเกิดการรุดอ้างสรรพคุณเกินความเป็นจริง สถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในประเทศไทย² ปี 2565 โดยมีผู้บริโภคได้รับผลกระทบขอเข้ารับการรักษาและรับเรื่องราวเรียนจำนวน 3,614 เรื่อง เรื่องอาหารสูงสุด ร้อยละ 42.28 สาเหตุ คือ การโฆษณาเกินจริง ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดหรือหลงเชื่อ ส่งผลไม่ดีต่อสุขภาพกระทบต่อผู้บริโภคในระยะยาวได้

ข้อมูลจากจังหวัดนครศรีธรรมราชต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระบุข้อมูลการเรียนในปีงบประมาณ 2565 มีการเรียนมากที่สุด เรื่องการจำหน่ายยาชุดสมุนไพรผ่านสื่อออนไลน์ ร้อยละ 46.43 รองลงมา คือ เรื่องอาหารหมดอายุ ร้อยละ 35.71 และเรื่องเครื่องสำอางไม่มีเลขจดแจ้ง ร้อยละ 17.86 ตามลำดับ ในระดับพื้นที่ตำบลเขาโร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากฐานข้อมูลงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า มีร้านขายของชำในพื้นที่ตำบลเขาโร จำนวน 110 ร้าน และมีร้านขายของชำที่จำหน่ายเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 90 มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานและจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่าย รวมทั้งมีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีเลข อย.กำกับ และพบว่า ร้อยละ 86.3 ของร้านชำมีการกระทำความผิดตามพรบ. เครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่อาจจะนำไปสู่อันตรายต่อสุขภาพได้

การบูรณาการในการตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ทำให้เกิดประสิทธิภาพ ตามบริบทของสังคมทุกมิติ ความร่วมมือจะเกิดขึ้นได้เมื่อชุมชนให้ความสำคัญและพร้อมแก้ไขปัญหาด้วยกัน ความพร้อมของชุมชน เป็นการกำหนดบทบาทและเป้าหมาย สร้างความยั่งยืน³ การพูดคุยแลกเปลี่ยนช่วยสร้างบรรยากาศและรักษาเสถียรภาพชุมชน รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจไปสู่ความสำเร็จ⁴ มีการเตรียมความพร้อมและวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน ปรับกลยุทธ์ และจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ⁵ ประเมินความสามารถและความต้องการของชุมชน ทำให้การแก้ไขปัญหาชุมชนอย่างมีความก้าวหน้าและราบรื่น⁶ มีการรับฟังความคิดเห็นของคนในชุมชน ก่อนจะมีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมมือและบูรณาการงานกับหน่วยงานต่างๆ มีนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามและประเมินผลมุ่งแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ⁷ ชุมชนมีการรับรู้ปัญหาร่วมกันและเปิดใจยอมรับมากขึ้น ส่งผลให้เกิดเป้าหมายการพัฒนาชุมชนในรูปแบบของนโยบาย การมีส่วนร่วมของชุมชนของแนวคิด Cohen and Uphoff พบว่า การพัฒนาจะทำให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน ร่วมกับการดำเนินงานของรัฐบาล จึงเรียกว่าการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง⁸

ด้วยวิสัยทัศน์ของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของยุทธศาสตร์คุ้มครองผู้บริโภคระดับชาติที่ว่า “ประชาชนได้รับการคุ้มครองอย่างทั่วถึง อยู่อย่างพอเพียง มีความเข้มแข็งและยั่งยืน” คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จึงเป็นกลไกการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ มีโครงสร้างองค์กร เพื่อนำปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนมาจัดลำดับความสำคัญ วางแผนและแก้ไขร่วมกัน มีการกำหนดภารกิจและผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาและทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน มีกลยุทธ์และเป้าหมาย

ร่วมกัน⁹ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะได้รับความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน เกิดความมุ่งมั่นในความสามารถของตนเองไปช่วยเหลือคนอื่น เกิดทักษะแก้ปัญหาและตัดสินใจ เกิดช่องทางหลากหลายในการสื่อสาร สะดวก มีประสิทธิภาพ และสามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาสร้างให้เกิดประโยชน์ได้¹⁰ ซึ่งการบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับท้องถิ่นมีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่และบทบาทที่สำคัญในการขับเคลื่อนที่เข้มแข็งการดำเนินงานในพื้นที่¹¹

จากบริบทของพื้นที่ตำบลเขาโร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังคงพบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่อันตรายต่อสุขภาพ ประชาชนขาดความรู้และการเข้าถึงข้อมูล รวมทั้งการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐเพียงอย่างเดียว ควรมีการสร้าง ความเข้มแข็งของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำเป็นต้องมีการกำหนดเป้าหมาย ประเมินผล วางแผนและวิเคราะห์สถานการณ์ได้ร่วมกันในชุมชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานคือ เกิดเป็นองค์ความรู้ในชุมชน มีนโยบายและมาตรการที่สำคัญ มีระบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านภาคีเครือข่ายในตำบลเขาโร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ส่งผลให้เกิดการบูรณาการทำงานร่วมกันในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับตำบล ตำบลเขาโร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

พื้นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาพื้นที่ตำบลเขาโร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งประกอบด้วยชุมชน 11 หมู่บ้าน มีจำนวน 2,050 ครัวเรือน ประชากรทั้งหมด 10,699 คน โดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ศึกษามีดังนี้

1. ชุมชนมีความเข้มแข็ง ประชาชนมีการรวมกลุ่มและร่วมแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้นำมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาหมู่บ้าน และมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน
3. มีกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลที่ชัดเจน
4. มีร้านขายของชำและผลิตภัณฑ์สุขภาพจำนวนมาก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพชุมชน หากขาดการคุ้มครองผู้บริโภค

ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีความเกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งได้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ประกอบการ และประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 151 คน เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ พฤษภาคม – ธันวาคม 2565

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่ การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การจำหน่าย หรือได้ผลกระทบเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ สามารถสื่อสาร อ่านภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

2. เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่ ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับบทบาทการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนของผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานภาครัฐในระดับชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ผลการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ +1

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมของชุมชน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามสถานการณ์ระดับความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 50 ข้อ โดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ และแบบวัด Community Readiness model (CRM) จากมหาวิทยาลัยแห่งรัฐโคโรราโด¹² ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ผลการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ +1

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและสถานการณ์ระดับความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 5 ด้าน โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองใน

มนุษย์ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC004/64 วันที่ 10 มิถุนายน 2564

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ข้อมูลจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 9 คน ดังนี้

1.1 การพัฒนาระบบข้อมูล มีด้วยกัน 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบโปรแกรม JHCIS ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการวิเคราะห์ผลปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) รูปแบบการบันทึกข้อมูลจากแบบฟอร์มของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบันทึกในรูปแบบการขอขึ้นทะเบียนกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หากพบปัญหาในชุมชนจะมีการคืนข้อมูลในรูปแบบหนังสือราชการหรือการส่งข้อมูลโดยตรงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

1.2 การพัฒนาศักยภาพ เรื่องการประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ การพัฒนาพฤติกรรมพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการผู้บริโภคลักษณะอบรมให้ความรู้ มีการจัดทำโครงการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ประกอบการและผู้บริโภคลงพื้นที่ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ ให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการและผู้บริโภค ส่วนของเจ้าหน้าที่ มีการฟื้นฟูความรู้ของผู้รับผิดชอบงานอยู่เสมอ

1.3 การค้นหา เฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง มีตรวจเฝ้าระวังร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฝ้าระวังการขออนุญาตจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายที่มีความปลอดภัย มุ่งเน้นการตรวจเป็นประจำและติดตามผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

1.4 การตรวจสอบ การเฝ้าระวังการโฆษณา และการจำหน่าย ด้วยการแจ้งให้ประชาชนทราบ และมีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง เช่น อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.น้อย มีการสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน เจ้าหน้าที่มีการดำเนินงานตามนโยบายและแผนการดำเนินงานตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1.5 การดำเนินการตามกฎหมาย เมื่อพบความผิดปกติหรือรับแจ้งเบาะแส จึงมีการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ จะรายงานผลต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับโรงพยาบาล เพื่อเข้าร่วมตรวจและให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการ ให้การเตือนให้มีการแก้ไข การทำลายสินค้า หรือการห้ามจำหน่ายสินค้าที่ส่งผลกระทบต่อผู้บริโภค หากพบว่ายังไม่มีการแก้ไข จะมีการส่งต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินคดีต่อไป

1.6 การสร้างและขยายเครือข่าย พบว่าการสร้างเครือข่ายในชุมชนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มุ่งเน้นไปที่ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ชุมชนจะต้องมีเครือข่ายเพื่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. สถานการณ์ระดับความพร้อมของชุมชนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชาชน กลุ่มผู้ประกอบการ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมทั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลพื้นที่ตำบลเขาไร่ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 81.5 เพศชาย ร้อยละ 18.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.09 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.4 สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 78.8 สถานะทางสังคม กลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ 90.1 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 28.5 ส่วนใหญ่มีอาชีพ ร้อยละ 98.7 โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรมสูงสุด ร้อยละ 52.98 มีรายได้ต่อเดือน ร้อยละ 98.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 11,166.49 บาท สมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่ คือ มีเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 57 และผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.69 รู้จักผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 97.4 สมาชิกในครัวเรือนมีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 94.7 ส่วนใหญ่อาศัยในหมู่บ้านนี้มาตั้งแต่เดิม ร้อยละ 86.8 ระยะเวลาที่ย้ายมาอยู่ในชุมชนเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 ปี การรับรู้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ร้อยละ 86.1

ตารางที่ 1 สถานการณ์ระดับความพร้อมของชุมชนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ตัวแปร	ร้อยละ		$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพร้อมของชุมชน
	ใช่	ไม่ใช่			
1.ความรู้ของชุมชน	88.7	11.3	8.86	.29	การยืนยันรับรอง/ขยายผล
2.ความพยายามของชุมชน	68.76	31.24	6.88	.46	เริ่มลงมือกระทำ
3.บรรยากาศในชุมชน	76.91	23.09	7.66	.42	ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง
4.ภาวะผู้นำของชุมชน	72.85	27.15	7.28	.44	ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง
5.ทรัพยากรของชุมชน	72.65	27.35	7.27	.44	ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

จากตารางที่ 1 บรรยากาศ, ภาวะผู้นำ, ทรัพยากร มีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 7.66 7.28 และ 7.27 ตามลำดับ อยู่ในระดับสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชุมชนได้ต่อเนื่อง ด้านความรู้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่

8.86 สามารถไปสู่การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ความพยายามมีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด เท่ากับ 6.88 เห็นความสำคัญและพยายามจะลงมือทำร่วมกัน โดย

ค่าเฉลี่ยทั้ง 5 องค์ประกอบอยู่ในระดับ 7.43 หมายถึง ความพร้อมของชุมชนสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ความเป็นเจ้าของ

3. รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

3.1 การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ชุมชนให้ความเห็นว่าการรับรู้คุณและโทษของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับความรู้ของผู้บริโภคสินค้าให้มีความปลอดภัยและผู้ประกอบการมีความตระหนักในการจำหน่ายสินค้าที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ควรมีภาคีเครือข่ายการดำเนินงานเป็นรูปธรรม ให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในชุมชน ผลกระทบในเชิงบวก คือ การได้รับสินค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย มีความเชื่อมั่นในการซื้อสินค้าของผู้บริโภค เชิงลบของผู้ประกอบการมีจำนวนการจำหน่ายสินค้าได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อธุรกิจของผู้ประกอบการ

3.2 การสื่อสารให้ชุมชน โดยการสื่อสารผ่านแกนนำในชุมชน ได้แก่ กลุ่มเยาวชน จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นตัวแทนของภาคประชาชนที่ทำงานด้วยความสมัครใจและเป็นกำลังสำคัญ สร้างแรงจูงใจโดยการรับรู้ผ่านกิจกรรม เกิดความร่วมมือที่ดีในโรงเรียน ผู้ประกอบการ ผู้นำชุมชน หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน มีแอปพลิเคชัน การเข้าถึงข้อมูลของผู้บริโภค คือ OCPB Connect สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ประกอบการ ทำให้เข้าถึงข้อมูลการเตือนภัยสินค้า บริการ องค์ความรู้ ข่าวสาร รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล สื่อโซเชียลมีเดีย มีต้นทุนในการสื่อสารที่ต่ำ และได้ประสิทธิภาพของผลการสื่อสารที่สูง เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว และสื่อสิ่งพิมพ์ เป็นการประชาสัมพันธ์ใช้เนื้อหาข้อความที่เข้าใจง่าย กะทัดรัดและดึงดูดความสนใจ ควรติดตั้งอยู่ในบริเวณที่ชัดเจน เกิดการซึมซับข้อมูลความรู้ที่ต้องการเผยแพร่ลงไปให้

ประชาชนรับทราบ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เป็นผู้ที่มอบคุณความรู้ในการสื่อสารด้วยวิธีการบรรยาย การให้สุศึกษา การให้คำแนะนำ ผ่านการอบรม หรือการตรวจเตือนเฝ้าระวังสร้างความเข้าใจ มั่นใจเข้าใจได้ง่าย และเสริมสร้างพลังให้ประชาชนเข้าใจในทิศทาง ผลกระทบเชิงบวก พบว่า ชุมชนเกิดความตระหนักรู้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างประชาชนและผู้ประกอบการ ลดปัญหาสุขภาพ ลดข้อร้องเรียน ผลกระทบเชิงลบของชุมชนในการสื่อสาร อาจเกิดการขัดแย้งกันในชุมชนระหว่างแกนนำสุขภาพ ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน ต่อผู้ประกอบการ

3.3 กระบวนการและขั้นตอนการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน มีดังนี้

1. มีฐานข้อมูล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ ข้อมูลสถานประกอบการ ข้อมูลการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากสาเหตุของการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ข้อมูลผู้มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว ผู้แพ้ยา เป็นต้น

2. มีผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ จิตอาสาในชุมชน ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แพทย์ประจำตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความร่วมมือภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มองค์กรในชุมชน ผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน เป็นจิตอาสาและแกนนำในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3. มีคณะกรรมการแต่งตั้งระหว่างชุมชน ช่วยกันดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน จัดตั้งคณะทำงานเพื่อร่วมกำหนดทิศทางและเป้าหมาย สร้างการรับรู้ด้วยกัน มีทั้งภาครัฐและประชาสังคม เพื่อให้ได้มาซึ่งโครงการและงบประมาณ มีผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้านเข้าร่วมทุกภาคส่วน ให้หน่วยงาน

ภาครัฐเป็นทีมให้ข้อมูลหรือเลขาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตั้งผู้ประกอบการในพื้นที่มาเป็นหนึ่งในคณะกรรมการด้วยเพื่อที่จะทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกัน

4. ชี้แจง วางแผนงานร่วมกัน รับผิดชอบร่วมกัน จัดทำแผนสุขภาพชุมชนนำไปสู่โครงการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ของงบประมาณจากหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ เงินบำรุงเงินงบประมาณ กองทุนสปสข. สสส. หรือจาก อบจ. เป็นต้น

5. พัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการอยู่เสมอ เช่น ศักยภาพของคณะกรรมการพชต. ให้มีการรับรู้ข้อมูล ความรู้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทันต่อเหตุการณ์

6. จัดทำแผนโครงการต่อเนื่องทุกไตรมาส ใช้โครงการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของตำบลในการขับเคลื่อนทั้งของภาครัฐผู้ประกอบการ และภาคประชาชน สอดแทรกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในรายวิชาของนักเรียน มีลูกเสือจิตอาสาคุ้มครองผู้บริโภค ปฏิบัติการเชิงรุกในพื้นที่ ขับเคลื่อนในกลุ่มภาคประชาชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลเฝ้าระวัง ตรวจสอบเตือนผู้ประกอบการที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีอันตราย โดยเป็นการสั่งเก็บ สั่งทำลาย หรือห้ามจำหน่ายเด็ดขาด และมีการสุ่มตรวจซ้ำ รวมทั้งปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการและคำแนะนำของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อลดการบริโภคยาชุดหรือ ยาอันตราย สร้างสรรค์กิจกรรมใหม่

7. มีการคัดเลือกบุคคลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เพื่อสร้างแรงจูงใจและแรงผลักดันในการพัฒนาการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3.4 การประเมินผลการดำเนินงานงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชน โดยมีคณะกรรมการและคณะทำงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการมีความครอบคลุมถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ประเมินการดำเนินงาน

ของคณะทำงานและคณะกรรมการ มีผลการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุ้มครองด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีจำนวนลดลง หรือไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นอันตรายในชุมชน มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงในเรื่องการสร้างความสัมพันธ์ในชุมชนโดยมีคณะกรรมการใกล้เคียง มีการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานและเป้าหมาย โดยการประเมินการตรวจเตือนและเฝ้าระวังผู้ประกอบการ การประเมินพฤติกรรมและความรู้ของประชาชน ความพึงพอใจ การประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้าถึงทุกชุมชนและมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลวิธีการดำเนินงานกับชุมชนภายนอก มีมาตรการกติกาสหชุมชน เป็นการบังคับใช้หรือการประเมินมาตรฐานจะต้องมีความชัดเจน ทำให้เห็นวามมาตรการนั้นมีความสำคัญและควรปฏิบัติตาม

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในพื้นที่ตำบลเขาโร อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. สถานการณ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล (Database) การบริหารจัดการเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเป็นลักษณะโปรแกรมระบบงานสถานอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ (Java Health Center Information System) เพื่อบันทึกข้อมูลสถานประกอบการในชุมชน แหล่งจัดเก็บฐานข้อมูลของเจ้าหน้าที่ เพื่อการเฝ้าระวังและตรวจเตือนสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง และส่งต่อฐานข้อมูลไปในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และนำมาใช้ในการนำเสนอ

ข้อมูลให้กับประชาชนและผู้ประกอบการ เพื่อประกอบการพิจารณาการตรวจเตือนและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน การพัฒนาข้อมูลเป็นระบบดิจิทัล ทำให้ได้รับบริการข้อมูลที่รวดเร็วมากขึ้น เข้าถึงบริการได้ง่าย สามารถติดตามผลและวางแผนการทำงานได้อย่างต่อเนื่อง¹³ การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพ (Empowerment) ความรู้และพัฒนาพฤติกรรม กับประชาชน ผู้ประกอบการ เจ้าหน้าที่อยู่เสมอในรูปแบบการอบรมและฟื้นฟูการให้ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ความรู้ที่ได้รับจากผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและการนำความรู้ที่ได้รับไปสื่อสารให้กับผู้บริโภคหรือประชาชนด้วยกันในชุมชน และเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้รับการฟื้นฟูอบรมให้ความรู้อยู่เสมอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดผู้มีบทบาทหลักด้านวิชาการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ความสำคัญในการให้ความรู้และฟื้นฟูความรู้แก่ผู้ประกอบการเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานที่ถูกต้อง¹⁴ การค้นหาเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดำเนินงานในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานและถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับประชาชนทั้งด้านผู้ประกอบการและผู้บริโภค บริหารจัดการความเสี่ยงด้วยการตรวจสอบสถานประกอบการ การให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการ การให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นของผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ตรวจสอบการโฆษณาเกินจริงในชุมชนผ่านรูปแบบสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ สื่อโซเชียลมีเดีย เป็นต้น มีการดำเนินการตามกฎหมาย เมื่อได้รับถึงข้อร้องเรียนถึงความผิดปกติของการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีผลอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน ลดความรุนแรงของการ

ได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผู้ประกอบการมีการจำหน่ายสินค้าหรือให้บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย ลดปัญหาสุขภาพที่เนื่องมาจากการบริโภคสินค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย¹⁶ และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนประชาชนเกิดความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ มีความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนไปในทิศทางเดียวกัน ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยการสร้างการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยให้กับภาคีเครือข่ายและกลุ่มแกนนำคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำให้กับประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีการติดตามรายงาน มีการบันทึกข้อร้องเรียน มีการส่งต่อข้อมูลและสื่อสารข้อมูลข่าวสารให้มีความทันต่อเหตุการณ์ รวมทั้งมีการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังการโฆษณา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในชุมชน¹⁷ นำไปสู่ชุมชนเกิดความปลอดภัยในการบริโภคสินค้าที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2.การมีส่วนร่วมของชุมชนอาศัยความร่วมมือต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ความพร้อมของชุมชน คือ ระดับที่ชุมชนสามารถเตรียมการจัดการเพื่อแก้ปัญหาที่เป็นประเด็นเฉพาะเจาะจง รูปแบบความพร้อมของชุมชนจึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความพร้อมและกลวิธี เพื่อเพิ่มโอกาสนำไปสู่ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของระดับชุมชนได้ การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค มีปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จด้านการปฏิบัติงานในพื้นที่ คือ พื้นที่ต้องมีความพร้อมและสมัครใจในการร่วมมือดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ทั้งชุมชน

และเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคจะส่งผลให้พื้นที่เกิดประสิทธิภาพ ในด้านของผู้ปฏิบัติงาน การศึกษาพบว่า ควรได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน และผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคควรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการทำงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคให้สามารถดำเนินการขับเคลื่อนการทำงานให้เป็นไปอย่างราบรื่น¹⁸ ด้านความรู้ของชุมชน พบว่า สามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในชุมชนได้ โดยชุมชนมีเป้าหมายในการขยายผลและพัฒนา ด้วยวิธีการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และการจัดเก็บฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์ไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การนำข้อมูลไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนได้ ความพยายามของชุมชน ประชาชนเกิดการตั้งเป้าหมายและจัดการเพื่อพัฒนาไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยให้ข้อมูลแก่ชุมชน ด้วยวิธีการฝึกอบรมและการสื่อสารให้สมาชิกในชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมวางแผนกิจกรรมและการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน มีข้อมูลในชุมชนเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นพร้อมทั้งประเมินความสามารถของชุมชนที่จำเป็น บรรยากาศการเตรียมความพร้อมของชุมชน ความพร้อมภาวะการเป็นผู้นำและด้านทรัพยากรในชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ ความมุ่งมั่นในการจัดการปัญหาและปฏิบัติตามแผนได้อย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการวางแผนสถานการณ์อย่างรอบคอบ พัฒนาทักษะที่สำคัญแก่ผู้นำหรือสมาชิกในชุมชน การประชุมติดตามอย่างต่อเนื่อง เตรียมนำเสนอความก้าวหน้าและเริ่มต้นในการสร้างเครือข่ายการทำงาน ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัย การศึกษาถึงความพร้อมของชุมชน ว่ามีความพร้อมในการทำกิจกรรมหรือไม่ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการเลือกพื้นที่เพื่อดำเนินกิจกรรมและเติมศักยภาพในแต่ละด้านของชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้¹⁹ นำไปสู่การ

พัฒนาอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดแผนในการดำเนินงานในระยะยาว การสร้างความเข้มแข็งของกลไกคุ้มครองผู้บริโภค โดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน มีปัญหาที่จะต้องแก้ไขในชุมชนโดยคนในชุมชนเห็นด้วย และเสริมสร้างศักยภาพในคนในชุมชนมีความรู้ มีรูปแบบในการดำเนินงาน และประสานงานเชื่อมโยงกับชุมชนอื่นๆได้ เพื่อให้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ มีกลไกการทำงานในระดับตำบล และเกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค²⁰

3.รูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล มีการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังและเตือนภัย มีจิตอาสา มีจิตสาธารณะในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในบทบาทของสม. อย.น้อย แกนนำจิตอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียน ชมรมผู้ประกอบการ ทำให้สามารถเฝ้าระวังและเตือนภัยให้กับประชาชน เป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและประชาชนในชุมชน เป็นเครือข่ายที่สำคัญในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การร่วมมือกันแก้ไขปัญหาในชุมชนทำให้เกิดแรงผลักดันสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สร้างการสื่อสารความรู้ ความตระหนักรู้ของชุมชนต่อสิทธิผู้บริโภค แกนนำสุขภาพในชุมชน และสื่อโซเชียลมีเดีย มีอิทธิพลต่อการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เกิดการเรียนรู้ในรูปแบบชุมชนที่มีขยายวงกว้างในชุมชน การสื่อสารผ่านบุคคลต้นแบบ คือ การสร้างแรงจูงใจ ให้ประชาชนได้ผ่านการถ่ายทอดประสบการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยและมีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง หรือมีสถานประกอบการต้นแบบที่มีการพัฒนาสถานประกอบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพให้

ปลอดภัย สร้างความน่าเชื่อถือให้กับผู้บริโภคในชุมชนได้ นำไปสู่การสร้างกลไกการทำงานร่วมกันในชุมชนด้วยหลักธรรมาภิบาล มีกลไกการขับเคลื่อนประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เป็นวาระสำคัญ การแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ภายใต้การจัดตั้งคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาร่วมกัน มีการประชุมมีแผนสุขภาพ ก่อให้เกิดโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาเกิดผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดชุมชนต้นแบบ สร้างแรงจูงใจและการผลักดันในการพัฒนางานและการแก้ไขปัญหาไปในทิศทางเดียวกัน นำไปสู่ผลลัพธ์ของสุขภาพประชาชนที่ดีขึ้นจากกลไกของคณะทำงานและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เป็นคณะกรรมการปฏิบัติตามลำดับของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้มอบหมายให้ตั้งคณะทำงานในพื้นที่ขึ้นเพื่อสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ได้มีประสิทธิภาพ โดยมีการกำหนดกลไกการปฏิบัติงาน ภารกิจรับผิดชอบ เพื่อให้คณะกรรมการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของในการดำเนินงานร่วมกัน ได้รับนโยบายหรือแผนงานจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการในระดับพื้นที่ได้มีการดำเนินงานปฏิบัติหน้าที่อย่างจริงจัง ประธานในการดำเนินงาน คือ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และยังมีตัวแทนจากแต่ละภาคส่วนในชุมชนมาร่วมเป็นคณะกรรมการในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความชัดเจนและต่อเนื่อง²¹ จะต้องมีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 6 กลไก ได้แก่ 1) การแก้ไขและทบทวนกฎหมายให้มีความเป็นธรรม ทัน

เหตุการณ์ต่อสถานการณ์ของการจำหน่ายและการบริโภคของสังคมในปัจจุบัน 2) การติดตาม กำกับควบคุม การบังคับใช้กฎหมายในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพ 3) การเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ โฆษณาที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิของผู้บริโภค 4) การชดเชยความเสียหายส่งผลกระทบต่อผู้บริโภค 5) การสร้างศักยภาพให้กับองค์กรต่างๆ ของผู้บริโภค รวมทั้งผู้บริโภค 6) การพัฒนาฐานข้อมูลสำหรับหน่วยงานรัฐ องค์กรผู้บริโภค และผู้บริโภค ในการแจ้งเตือนภัย²² สู่การพัฒนานโยบายสาธารณะในชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ได้ดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ “คนเขาปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน” ประกาศให้เป็นกติกาของชุมชน นำไปสู่ชุมชนปลอดภัยได้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ปฏิบัติงาน ควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพด้านการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกคนในหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ประชาชนได้ โดยไม่จำเป็นว่า จะเป็นผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างยั่งยืน
3. เครือข่ายชุมชน ควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน สร้างเครือข่ายที่ขยายไปสู่ชุมชนภายนอก

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ.2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139, ตอนที่ 232 ง ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565).
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานประจำปี 2565 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.
3. Australian Institute of Health and Welfare. Suicide & self-harm monitoring [Internet]. 2020. Available from: www.aihw.gov.au/suicide-self-harm-monitoring/data/geography/suicide-by-remoteness-areas [Accessed 27th January 2021].
4. Wells R, Nemorin S, Steel Z, Guhathakurta M, Rosenbaum S. Physical activity as a psychosocial intervention among Rohingya refugees in Bangladesh: a rapid ecological community assessment. *Intervention*. 2019;17(2):140-148.
5. Schröder M, Babitsch B, Hassel H. Assessing readiness for childhood obesity prevention in German municipalities: application of the community readiness model. *Health Promot Int*. 2023;1-12.
6. Moss RH, Hussain J, Islam S, Small N, Dickerson DJ. Applying the community readiness model to identify and address inequity in end-of-life care in South Asian communities. *Palliative Med*. 2023;567-574.
7. จันทร์จริย์ ดอกบัว. บทเรียนจากการทำงานการจัดการยาไม่เหมาะสมในชุมชนภายใต้เครือข่ายเข้มแข็งคือแรงอันทรงพลัง. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online). 2565;1-20.
8. Aspiranti T, Amaliah WRI. The measurement of community independence and participation in establishment of microfinance institutions. *Mimbar*. 2018;433-442.
9. วิษณุพงศ์ จตุเพน. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลบึงนคร อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;111-119.
10. พันมหา ลดาพงษ์. รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรรณา อำเภอพรานนิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. มกราคม-มิถุนายน 2562;1:37-50.
11. สายันท์ ศิลาโชติ. การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2563;543-556.
12. Carlson LA, Harper KS, Oetting ER, Plested BA, Edwards RW, Thurman PJ, Kelly KJ, Beauvais F. Community readiness for community change. *Tri-Ethnic Center Readiness Handbook 2nd edition*. 2014.
13. ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญสรณ์, ฤชดา คำขำ, อรุณรัตน์ อรุณเมือง. การพัฒนารูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข. กรกฎาคม-สิงหาคม 2565;31(4):666-712.
14. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. นนทบุรี: กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
15. จินดาพร อุปภัมภ์, คนัญฐา หลวงเทพ, ศิริธร บัวจระ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online). 2566;70-85.
16. ไพรัช ไส้ทอง, รัชชนวีร์ ส่งศิริ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังติดตามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำจังหวัดชัยนาท. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online). 2567;12-25.
17. กิตติภัทร อบอุ่น. รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;539-545.
18. บุญทิ เจริญรัตน์. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566;23(2)

19. ชนบท บัณฑลวง, ญาณันท์ ใจอาจหาญ. ความพร้อมของชุมชนในการจัดการปัญหามารดาวัยรุ่น กรณีศึกษา: ชุมชนจังหวัดลพบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2562;38(2):12-21.
20. สายันท์ ศิลาโชติ. การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2563;543-556.
21. อภิญา ตันทวีวงศ์. คู่มือเบื้องต้นการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.); 2563.
22. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565. นนทบุรี: บริษัทพิมพ์สีรพัฒนา จำกัด; 2566.

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวมของผู้ดูแลเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

Effectiveness of the motivational program for child caretaker to prevention recurrent pneumonia in the pediatric ward

(Received: June 16,2024 ; Revised: June 23,2024 ; Accepted: June 24,2024)

มลฤดี บรรเทา¹

Monrudee Bantoaw¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวมของผู้ดูแลเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยโรค ปอดบวม 2 กลุ่ม ๆ กลุ่มละ 17 คน เครื่องมือวิจัย คือโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank test การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Mann - whitney U - test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมมีความแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นควรส่งเสริมการรับรู้ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวมให้กับผู้ดูแลเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ดูแลเด็กป่วยที่มีอายุสูง

คำสำคัญ : โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ, การป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม, ผู้ดูแลเด็ก

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research aimed to study Effectiveness of the motivational program for child caretaker to prevention recurrent pneumonia in the pediatric ward. The sample group was caregivers of children with pneumonia, 2 groups of 17 people each. is a program to create incentives to prevent pneumonia recurrence. Testing for differences in mean scores within groups with Wilcoxon Sign Rank test and between groups with Mann - whitney U - test at the significance level of 0.05.

The results the experimental group had a mean score of perception regarding pneumonia recurrence and caregiver behavior in preventing pneumonia recurrence that was significantly higher than before the experiment at 0.05, and after the experiment the experimental group had the mean scores of perceptions regarding pneumonia recurrence and caregivers' behavior in preventing pneumonia recurrence were significantly different from those in the control group at 0.05. Therefore, awareness should be promoted. To prevent the recurrence of pneumonia in children with pneumonia, to caregivers of children. This is especially true for caregivers of sick, elderly children.

Keywords: motivational program, prevention of pneumonia recurrence, child caregivers

บทนำ

โรคปอดบวม (pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน ทั่วโลก มีอัตราการอุบัติการณ์โรคปอดบวมที่เกิดซ้ำร้อยละ 7.7 ถึง ร้อย

ละ 9 ของเด็กทั้งหมดที่มีภาวะปอดอักเสบในชุมชน พบมากในประเทศที่กำลังพัฒนา¹ ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตทวีปเอเชียใต้และทวีปแอฟริกา มีเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากโรคปอดบวมคิดเป็น

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสรวงสุขโขทัย จังหวัดสุโขทัย

ร้อยละ 16 หรือประมาณ 920,136 คน ต่อปี เช่น ในประเทศเวียดนาม พบอุบัติการณ์โรคปอดบวมซ้ำรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 29.4 ของผู้ป่วยโรคปอดบวมทั้งหมด²⁻³ ในประเทศไทยมีการรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคปอดบวม จำนวน 114,544 ราย อัตราป่วย 172.47 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 114 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.10 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดในเด็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี พบมากที่สุดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 215.83 รองลงมาภาคเหนือ 203.93 ภาคใต้ 145.57 และภาคกลาง 125.10 ตามลำดับ⁴ สำหรับ สถานการณ์โรคปอดบวมในเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2562 – 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 219 ราย, 112 ราย, 117 ราย, 41 ราย และ 104 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมอายุตั้งแต่ 0 – 15 ปี พบมากที่สุดในช่วงอายุ ระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 52.43 รองลงมาอายุ 6 – 10 ปี ร้อยละ 32.25 และรองลงมาอายุต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 8.48 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์การกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2562 – 2566 พบว่ายังมีผู้ป่วยเด็กกลับป่วยซ้ำด้วยโรคปอดบวม จำนวน 12 ราย, 1 ราย, 4 , 0 ราย และ 3 ราย⁵

เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีการป่วยด้วยโรคปอดอักเสบจะส่งผลให้มีความรุนแรงมากขึ้นและมีโอกาสเป็นซ้ำได้มากกว่าเด็กโต⁶ เมื่อเด็กเกิดโรคปอดบวมทำให้เด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง และแต่ละครั้งจะต้องพักรักษานานขึ้น⁷ ส่งผลกระทบด้านครอบครัว เช่นการที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และต้องปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุลจากความเจ็บป่วยของเด็กบ่อยครั้งความรุนแรงที่เกิดขึ้นรวมถึงการกลับเป็นโรคปอดบวมซ้ำในเด็กมักเนื่องมาจากการดามีการปฏิบัติในการป้องกันโรคแก่เด็กที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น การขาดการรับรู้ในเรื่องโรค

ปอดบวม รวมทั้งความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวม⁸

การดูแลเด็กเมื่อเกิดโรคปอดบวมผู้ดูแลควรที่จะต้องมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดบวมซึ่งจะเป็นการป้องกันการลุกลามไปสู่การกลับเป็นโรคปอดบวมซ้ำได้ ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ การดูแลให้เด็กได้รับอาหารน้ำหรือนมอย่างเพียงพอมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมตามวัยเพื่อเสริมความต้านทานโรค 2) ด้านการดูแลรักษา อุณหภูมิร่างกายเด็กให้อบอุ่นอยู่อย่างสม่ำเสมอ 3) ด้านการดูแลสภาวะแวดล้อมภายในบ้านการระบายอากาศที่ดีไม่มีควัน และฝุ่นละอองต่าง ๆ 4) ด้านการดูแลให้เด็กได้รับภูมิคุ้มกัน โรคตามเกณฑ์ 5) ด้านการดูแลเด็กให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับบุคคลซึ่งมีความเจ็บป่วยทางด้านระบบทางเดินหายใจ และรักษาสุขอนามัยที่ดีจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคปอดบวมในเด็กได้⁹

การดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรคปอดบวมซ้ำในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ รวมทั้งการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดบวมในเด็ก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดบวมซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดบวมซ้ำ¹¹ จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ดูแลและพฤติกรรมการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม ของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวมประเทศไนจีเรีย พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่สูง จะสามารถดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา¹²⁻¹³

จากความสำคัญของของปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวมของผู้ดูแลเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Roger & Dunn¹⁴ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ให้กับผู้ดูแล

เด็กป่วยโรคปอดบวมในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมต่อเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ ร่วมกับกิจกรรมการ เช่น ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ ทักษะการเคาะปอด ทักษะการดูแลเรื่องโภชนาการของเด็กป่วยโรคปอดบวม เป็นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวมของผู้ดูแลเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการศึกษา (two groups pre-post test) ในเด็กป่วยโรคปอดบวมของผู้ดูแลเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมตั้งแต่เดือน มีนาคม 2567 – เดือน พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลของเด็กป่วยโรคปอดบวมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โดยใช้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงสะดวกจำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 17

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในโครงการวิจัย (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมที่มีอายุ 1 – 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรกว่าเป็นโรคทางกุมารเวชกรรมว่าเป็นโรคปอดบวมและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย 2) เด็กไม่มีอาการรุนแรงขั้นวิกฤต เช่น ไข้สูง หอบเหนื่อย หายใจ หอบ เหนื่อย สัญญาณชีพไม่คงที่ ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า ร้อยละ 92 3) อยู่เฝ้าผู้ป่วยเด็กขณะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยตัวเองทุกวัน 4) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดบวมในเด็กมาก่อน 5) มี

ความสามารถในการใช้ภาษาไทย ทั้งการพูด ฟัง อ่าน เขียน 6) มีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดแยกออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria) 1) ผู้ดูแลได้รับกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายกับการวิจัยครั้งนี้ 2) ผู้ป่วยเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นวิกฤตหรือเสียชีวิต ระหว่างที่ผู้ดูแลได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ของ Roger & Dunn¹⁴ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเข้าใจไม่กลัว เป็นกิจกรรมเรียนรู้รายบุคคลเพื่อสร้างเข้าใจแก่ผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความเข้าใจถึงกระบวนการดำเนินของโรคปอดบวมในเด็ก แผนการรักษาของแพทย์ และแผนการพยาบาลเด็กป่วยโรคปอดบวม และเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กขณะที่พักอยู่ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โดยการบรรยายร่วมกับการใช้สื่อวีดิโอโรคปอดบวมในเด็กโดยใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรู้ไว้ช่วยใส่บาแนกหาม เป็นกิจกรรมเรียนรู้รายบุคคลเพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวมในเด็กแก่ผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดบวม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดบวม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดบวม และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดบวม ดำเนินการโดยการบรรยายร่วมกับการใช้สื่อวีดิโอโรคปอดบวมในเด็ก 20 นาที

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสองมือผสมนรก เป็นกิจกรรมเรียนรู้เชิงปฏิบัติการรายบุคคลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลเด็กในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลที่จำเป็น เช่นการเช็ดตัวลดไข้ การเคาะปอดและการดูดเสมหะด้วยลูกยางแดง ทักษะการป้อนยา การส่งเสริม

โภชนาการ การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงอาการป่วย ที่รุนแรง โดยการบรรยายร่วมกับการสาธิตใน กิจกรรมที่จำเป็น และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ จนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยใช้เวลา ประมาณ 30 นาที

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมครอบครัวอุ่นใจ เป็น กิจกรรมสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยการ ประเมิน และติดตามการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการ ดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมขณะที่พักรักษาตัวในโรง พยาบาล เพื่อส่งเสริมและประเมินระดับการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลหลังจากได้รับข้อมูลการมีส่วนร่วมของ ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวม โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สังเกต พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กหลังจากเว้น ระยะให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็ก ป่วยโรคปอดบวมที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ โดยผู้วิจัย เข้าไปพูดคุยและสอบถามถึงกิจกรรมการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลที่ปฏิบัติแล้ว ว่าปฏิบัติกิจกรรมอะไรบ้าง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม ดังกล่าว โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมบอกเล่าเล่าสืบ เป็น กิจกรรมแลกเปลี่ยนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันของการเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคปอดบวม ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลเด็ก เพื่อร่วมกันค้นหาสาเหตุ ของการเจ็บป่วย หรือปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดอาการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กครั้งนี้ รวมทั้งร่วมกันหา แนวทางในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งส่งเสริมการมี ส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยการสร้างพลังแรงใจให้ผู้ดูแล มองเห็นศักยภาพให้การดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมที่ ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมชีวิตนี้ยิ่งกว่าละคร เป็น กิจกรรมการเรียนรู้ผ่านตัวแบบของผู้ดูแลที่มี ประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมขณะที่ เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กป่วย โรคปอดบวมได้รับการถ่ายทอดข้อมูลจากผู้มี ประสบการณ์ และได้แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดูแล ผู้ป่วยเด็กซึ่งกันและกัน จนทำให้มีแรงจูงใจในการมี

ส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวม โดยใช้ระยะเวลา ประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมต่อดิติดคิดถึงเป็น กิจกรรมการประเมินความเข้าใจของผู้ดูแลเด็กป่วย โรคปอดบวม ต่อการเกิดโรค การรักษา และการมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังจากถูกจำหน่าย กลับไปดูแลต่อในชุมชน เพื่อประเมินความพร้อมของ ผู้ดูแล โดยการสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับประเด็นที่จะ ส่งผลต่อการกลับป่วยซ้ำของเด็ก ผลกระทบที่เกิด จากการเจ็บป่วยของเด็กต่อครอบครัวรวมถึงตัว ผู้ดูแล และการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของโรคปอด บวม และชี้แนะให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลยังไม่มี ความเข้าใจที่ดีพอในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวม รวมทั้งชื่นชมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล หลังจากนั้นเว้น ระยะให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเด็กป่วย โรคปอดบวมพร้อมสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมใน กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมรู้โรครู้เรา เป็นกิจกรรม การสร้างการรับรู้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยหลังการ รักษาโดยทีมแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยเปิดโอกาสให้ ผู้ดูแลได้ทราบถึงขั้นตอนรักษาปัจจุบัน รวมถึง ประสิทธิภาพของการรักษาจากการรักษาตัวในวัน แรกถึงปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความมั่นใจต่อ การหายจากอาการเจ็บป่วยโรคปอดบวมของเด็กป่วย โรคปอดบวม โดยผู้ป่วยเป็นผู้เชื่อมโยงประเด็นคำถาม ระหว่างผู้ดูแลกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ใช้เวลา ประมาณ 10 นาที

กิจกรรมที่ 9 กิจกรรมอบอุ่นไม่อุ่นใจ เป็น กิจกรรมการทบทวนแนวทางการปฏิบัติในการดูแล เด็กป่วยโรคปอดบวมเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ใช้ เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมที่ 10 กิจกรรมห่างไกลไม่ห่างกันเป็น กิจกรรมการติดตามเยี่ยม อาการของเด็กป่วยโรค ปอดบวม และครอบครัว เพื่อสอบถามถึงปัญหาและ อุปสรรคในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมภายหลังจาก ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้วิจัย เริ่มต้นด้วยการสอบถามอาการของเด็กป่วยโรคปอด

บวม การปฏิบัติในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพของเด็ก รวมทั้งการเสริมแรงจิตใจในการปฏิบัติดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวม โดยดำเนินการติดตามภายใน 1 สัปดาห์หลังจากที่เด็กป่วยโรคปอดบวมได้รับการจำหน่าย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การกับป่วยซ้ำโรคปอดอักเสบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม 10 ข้อ 2) การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม 10 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม 9 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมเป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ 5) การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมเป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก ถ้าการรับรู้มากที่สุดเท่า 5 คะแนน การรับรู้มากเท่ากับ 4 คะแนน การรับรู้ปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน การรู้น้อยเท่ากับ 2 คะแนน และการรู้น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบถ้าตอบ ถ้าการรับรู้มากที่สุดเท่า 1 คะแนน การรับรู้มากเท่ากับ 2 คะแนน การรับรู้ปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน การรู้น้อยเท่ากับ 4 คะแนน และการรู้น้อยที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ในการคิดคะแนนแต่ละด้าน เมื่อได้คะแนนดิบแล้วนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยคะแนนระดับแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมโดยใช้หลักเกณฑ์ของ Best¹⁵ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.34 – 5 คะแนน) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 3.33 คะแนน) และน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1 – 1.66 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม มีจำนวน 27 ข้อ เมื่อได้คะแนนดิบแล้วนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการ

ป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมโดยใช้หลักเกณฑ์ของ Best¹⁵ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.34 – 5 คะแนน) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 3.33 คะแนน) และน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1 – 1.66 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ราย ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ราย ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารแพทย์ 1 ราย และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 1 ราย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารแพทย์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน ได้ค่า IOC ของข้อคำถาม มีค่าเท่ากับ 0.86 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลเด็กที่มีประวัติป่วยด้วยโรคปอดบวมในพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษาวิจัย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยผลการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.72 และ 0.87 รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นเตรียมการ : 1) ส่งหนังสือขอความ

อนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย และแผนการดำเนินกิจกรรม เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวม ข้อมูล ในช่วง เดือน มีนาคม 2567 – พฤษภาคม 2567 3) เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการ : 1) ผู้วิจัยได้อธิบายอย่าง

ละเอียดกับกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม

ข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย 2) เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลองทั้งกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุมที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในวันแรก ด้วยแบบสอบถาม ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวมของผู้ดูแลเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เมื่อสำเร็จสิ้นกิจกรรมการให้ข้อมูลจะเป็นการติดตามสอบถามอาการและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวม 1 ครั้ง หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ภายใต้การกำกับดูแลของผู้วิจัย 4) ในเดือนพฤษภาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 2 หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการประสานงาน กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่มีอาสาสมัครโครงการวิจัยในพื้นที่เพื่อขอความ อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม จากการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้โอกาสความรุนแรง ของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับ

3. การการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการกลับป่วยซ้ำ

การวิจัยโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2567 COA No. 12/2567 IRB No. 14/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 46.2 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 100 จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 52.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 41.2 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,647.1 บาท เป็นครอบครัวขยายมากที่สุด ร้อยละ 76.5 สถานะของผู้ดูแลหลักเป็นย่า /ยายที่สุด ร้อยละ 76.47 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 51.1 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 58.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 52.9 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 4588.2 บาท ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด ร้อยละ 58.8 สถานะของผู้ดูแลหลักเป็นย่า/ยาย มากที่สุดร้อยละ 76.5

ป่วยซ้ำโรคปอดบวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value = 0.017, 0.001, 0.003, 0.001, 0.001 และ <0.001) ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value = 0.015) ส่วนการรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรค ปอดบวม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม หลังการทดลองไม่แตกต่างกันกับก่อนการทดลอง

โรคปอดบวมและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม จากการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติ Mann - whitney U - test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม

ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม และภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคปวยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

ตัวแปร	Mean Rank กลุ่มทดลอง(n = 17)	Mean Rank กลุ่มควบคุม(n = 17)	Z	p - value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม				
ก่อนทดลอง	17.12	17.88	-0.226	0.838
หลังทดลอง	23.47	11.53	-3.519	<0.0001*
การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม				
ก่อนทดลอง	16.03	18.97	-0.882	0.378
หลังทดลอง	22.56	12.44	-2.976	0.003*
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม				
ก่อนทดลอง	15.91	19.09	-0.942	0.346
หลังทดลอง	20.97	14.03	-2.044	0.041*
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม				
ก่อนทดลอง	19.18	15.83	-1.052	0.293
หลังทดลอง	11.85	23.15	-3.320	0.001*
การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม				
ก่อนทดลอง	16.06	19.94	-0.864	0.987
หลังทดลอง	21.12	13.88	-2.129	0.033*
พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม				
ก่อนทดลอง	16.32	18.68	-0.691	0.489

ตารางที่ 1 การการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคปวยซ์โรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

ตัวแปร	Mean Rank กลุ่มทดลอง(n = 17)	Mean Rank กลุ่มควบคุม(n = 17)	Z	p - value
หลังทดลอง	23.18	11.82	-3.238	0.001*

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวมของผู้ดูแลเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เมื่อวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 หลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลจากการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ตามแนวคิดของ Roger & Dunn¹⁴ ที่กล่าวว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เป็นการผสมผสานระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความคาดหวังในความสามารถในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และ

นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิน เพชรมา¹⁶ ที่กล่าวว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ จะมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลบุตรเฉลี่ย เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษาของปิยฉัตร ปะกังลัญ และคณะ¹⁷ ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลเด็กที่ผ่านโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล เพื่อป้องกันการกลับมาซ้ำซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบ ในเด็ก 0-5 ปี จะมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบดีขึ้น

2. สมมติฐานข้อที่ 2 หลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม

ผลจากการศึกษาพบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม แต่ภายหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการสร้างรับรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวมในผู้ป่วยเด็กที่เพียงพอจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมที่ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ผาทอง¹⁸ ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมหลังการใช้มากกว่าก่อนการใช้แผนการจำหน่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริราณี อม่น้ำขาว และคณะ¹⁹ ที่กล่าวว่าการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กโรคปอดบวมในด้านการป้องกันการสำลัก การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และสามารถแลกเปลี่ยนกับบุคลากรทางการแพทย์ได้เพิ่มขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดโรคปอดบวมซ้ำในเด็กได้

สรุปผลได้ว่าหลังการจัดโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็กป่วยโรคปอดบวม ส่งผลให้การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้โอกาสความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำโรคปอด

บวม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวม และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมสูงขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลเด็กป่วยโรคอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานบริหารทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรนำผลจากการศึกษาครั้งนี้พัฒนาเป็นแนวทางการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบของโรงพยาบาลเพื่อลดอัตราการกลับป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบ

2. พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมควรนำกิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้ไปผนวกกับกิจกรรมการพยาบาลประจำหอผู้ป่วยไปใช้ในการสร้างความเข้าใจให้กับผู้ดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์เอียรชัย กิจสนาโยธิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และอาสาสมัครทุกท่านที่สนับสนุนและร่วมวิจัยจนการวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Montella S, Corcione A, Santamaria F. Recurrent Pneumonia in Children: A Reasoned Diagnostic Approach and a Single Centre Experience [Internet]. 2017 [cited 2023 Nov 2]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>
- World Health Organization. Pneumonia in children [Internet]. 2016 [cited 2023 Nov 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- Hoang KL, Ta AT, Pham VT. Severe recurrent pneumonia in children: Underlying causes and clinical profile in Vietnam [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 2]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S204908012100426X>

4. กรมควบคุมโรค. โรคปอดบวม, ปอดอักเสบ (Pneumonia) [Internet]. 2562 [cited 2023 Nov 2]. Available from: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21
5. โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย. สถิติการรักษาตัวเด็กป่วยโรคปอดบวมหรือผู้ป่วยกุมาร. 2566.
6. Portmann MP, Soto-Martinez M. Recurrent lower respiratory tract infections in children [Internet]. 2014 [cited 2023 Nov 2]. Available from: <http://www.medicalobserver.com.au/news/recurrent-lower-respiratory-tract-infections-in-children>
7. Sakulkhoo R. Incidence and risk factors for recurrent pneumonia. Buddhachinaraj Med J. 2014;31(1):46-53.
8. เกศกนก เข้มคง. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: สามลดา; 2550.
9. World Health Organization. Pneumonia [Internet]. 2013 [cited 2023 Nov 2]. Available from: <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs331/en/>
10. กุศลศรี ชำนินอก. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของมารดาสำหรับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวมในเด็ก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
11. สุทธิณี สุปรียาพร, พัทธภรณ์ อารีย์, สุธิศา ลามช้าง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดบวมซ้ำ. พยาบาลสาร. 2564;48(1):146-159.
12. Kirolos A, Ayede AI, Williams LJ, Fowobaje KR, Nair H, Bakare AA, et al. Care seeking behaviour by caregivers and aspects of quality of care for children under five with and without pneumonia in Ibadan, Nigeria. J Health Glob. 2018;8(2):1-9.
13. Ndu IK, Ekwochi U, Osuorah CD, Onah KS, Obuoha E, Odetunde IO, et al. Danger Signs of Childhood Pneumonia: Caregiver Awareness and Care Seeking Behavior in a Developing Country [Internet]. 2015 [cited 2023 Nov 2]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals>
14. Rogers RW, Prentice-Dunn S. Protection Motivation Theory. In: Gochman DS, editor. Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants. New York: Plenum Press; 1997. p. 113-32.
15. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1997.
16. สุจิน เพชรมาศ. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มารดาต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดบวม. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง; 2564.
17. ปิยฉัตร ปะกังสำภู, เสามาศ คุณล้าน เกื้อนนาคี. ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมดูแลและอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบในเด็ก 0-5 ปี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(3):99-106.
18. วราภรณ์ ผาทอง, คณะ. ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2563;28(2):35-49.
19. ศิราณี อิ่มน้ำขาว, วิภาดา ดวงพิทักษ์, ไกรจณ กุลจิตพิงศ์, อลิสา ผาบุพพธา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมต่อความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคปอดบวม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(3):165-76.

ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

Activity-Based Costing of Telemedicine Services, Bankhok Hospital, Uttaradit Province

(Received: June 16,2024 ; Revised: June 23,2024 ; Accepted: June 24,2024)

สลินี มุลเขียน¹ เพชรสนีย์ ทั้งเจริญกุล² อภิรติ นันทศุภวัฒน์³

Salinee Moonkhean¹ Petsunee Thungjaroenkul² Apiradee Nantsupawat³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนต่อการครั้งของการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี และเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี กับอัตราค่าจ่ายชดเชยที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการใช้การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (ABC) ของแคปแลนและคูเปอร์ (Kaplan & Cooper) ในการประมาณค่าต้นทุนกิจกรรมในการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (1พจนานุกรมกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกล (2แบบบันทึกปริมาณเวลา และ (3แบบบันทึกต้นทุน เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตและบันทึกเอกสารทางการเงิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยรายใหม่เท่ากับ 264.37 บาทต่อครั้ง และต้นทุนต่อหน่วยสำหรับผู้ป่วยรายเก่าเท่ากับ 201.11 บาทต่อครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราค่าชดเชยที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 100 บาทต่อครั้ง พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยรายใหม่สูงกว่าอัตราค่าจ่ายชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่ากับ 164.37 บาท ส่วนต้นทุนต่อหน่วยของการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยรายเก่าสูงกว่าอัตราค่าจ่ายชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่ากับ 101.11 บาท

คำสำคัญ: ต้นทุนฐานกิจกรรม, ต้นทุนการรักษา, การแพทย์ทางไกล

ABSTRACT

The survey research aimed to study the unit cost of telemedicine services and to compare the unit costs of telemedicine services with the reimbursement rate allocated by the National Health Security Office. The study used the activity-based cost analysis (ABC) of Kaplan and Cooper to estimate the unit cost of telemedicine services for outpatients with non-communicable diseases. The research tools included 1) a dictionary of telemedicine service activities, 2) a time recording form, and 3) a resource recording form. Three experts evaluated all the research tools for content validity. The data were collected by observation and recording from financial documents and analyzed using descriptive statistics.

The results of the study showed that the unit cost of telemedicine services for a new patient was 264.37 baht per visit, and the unit cost for an old patient was 201.11 baht per visit. Compared with the reimbursement rate from the National Health Security Office of 100 baht per visit, the unit cost of telemedicine services for new patients was higher than the reimbursement rate by 64.37 baht, whereas the unit cost of telemedicine service for old patients was higher than the reimbursement rate by 101.11 baht.

Keywords: Activity-Based Costing, Cost of care, Telemedicine

บทนำ

การบริการแพทย์ทางไกลถูกนำมาแก้ปัญหา การแพทย์ของประชาชนในพื้นที่ห่างไกลที่ขาดแคลน
ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงระบบบริการทาง แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวมทั้งปัญหาความแออัด

¹ นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีเมล: petsunee.t @cmu.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ของผู้ป่วยที่มารับบริการภายในโรงพยาบาลมาเป็นเวลานาน¹ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการบริการทางการแพทย์สาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดบริการแพทย์ทางไกลให้แก่ประชาชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ²

การบริการแพทย์ทางไกลเป็น การนำเทคโนโลยีในการสื่อสารเพื่อให้สนับสนุนการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพจากระยะไกลในการตรวจวินิจฉัยโรค และให้การรักษายาบาล ตลอดจนให้คำแนะนำด้านสุขภาพ³ ประเทศไทยเริ่มดำเนินการบริการแพทย์ทางไกลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบันโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 670 แห่ง ร้อยละ 74.00) ดำเนินการบริการแพทย์ทางไกล และขยายการบริการแพทย์ทางไกลให้ครอบคลุมในโรงพยาบาล 189 แห่ง⁴

ต้นทุน คือ มูลค่าของทรัพยากรที่ใช้ไปหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้สินค้าหรือบริการที่สามารถวัดเป็นหน่วยเงินตราได้⁵ ซึ่งต้นทุนจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ ต้นทุนทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการวิเคราะห์ต้นทุน คือ การคำนวณมูลค่าของทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตสินค้าและบริการ สามารถทำได้ 3 วิธี คือ 1) การวิเคราะห์ต้นทุนแบบดั้งเดิม (Standard or conventional method) เป็นวิธีการประมาณการต้นทุนแบบ "Top down approach" คือ การหาต้นทุนของแต่ละหน่วยงานย่อยและหน่วยงานสนับสนุนก่อนกระจายต้นทุนของทุกหน่วยไปยังหน่วยบริการ 2) การวิเคราะห์ต้นทุนต่อการบริการ (Cost to charge ratio) เป็นวิธีการประมาณการต้นทุนแบบ "Bottom up approach" โดยคำนวณราคาของบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการและปรับให้เป็นต้นทุนด้วยสัดส่วนคงที่ (Constant ratio) ที่วิเคราะห์จากสัดส่วนของค่าใช้จ่ายรวมต่อรายได้รวมของโรงพยาบาล⁶ และ 3) การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-based costing: ABC) เป็นวิธีการประมาณการต้นทุนแบบ "Bottom up approach" โดยวิเคราะห์ต้นทุนของกิจกรรมย่อยว่าใช้ต้นทุนอะไรบ้าง และนำต้นทุนของกิจกรรมย่อยมารวมกันเป็นต้นทุนผลผลิตบริการใน

ขั้นตอนสุดท้าย จะเห็นได้ว่า การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมเป็นวิธีการที่ดีและเหมาะสมในการวิเคราะห์ต้นทุนการจัดบริการแพทย์ทางไกล เนื่องจากเป็นวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนที่พิจารณาการใช้ทรัพยากรในแต่ละกิจกรรมจึงทำให้ได้ค่าต้นทุนที่สะท้อนทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากกว่าวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนอื่น

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกลพบว่า คูลีย์ และคณะ (Dooley et al.)⁷ ได้วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมผู้ป่วยที่คลินิกกุมารแพทย์ด้วยทีมผู้รักษาและการเยี่ยมผู้ป่วยโดยการบริการแพทย์ทางไกล ผลการศึกษาพบว่า การเยี่ยมผู้ป่วยที่คลินิกกุมารแพทย์ด้วยทีมผู้รักษาเท่ากับ 54.47 ดอลลาร์ หรือเท่ากับ 2,020.95 บาท ส่วนการเยี่ยมผู้ป่วยโดยการบริการแพทย์ทางไกล เท่ากับ 51.55 ดอลลาร์ หรือเท่ากับ 1,912.61 บาท แสดงว่าการเยี่ยมผู้ป่วยโดยการบริการแพทย์ทางไกลช่วยลดต้นทุนในการให้บริการได้⁷ แตกต่างจากการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยทีมผู้รักษากับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการบริการแพทย์ทางไกล ที่พบว่า ต้นทุนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการบริการแพทย์ทางไกล เท่ากับ 225.41 ดอลลาร์ หรือ 8,385.25 บาท การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยทีมผู้รักษามีต้นทุนเท่ากับ 168.29 ดอลลาร์ หรือ 6,260.39 บาท แสดงว่าต้นทุนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการบริการแพทย์ทางไกลมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยทีมผู้รักษาเท่ากับ 57.12 ดอลลาร์ หรือ 2,124.86 บาท⁸

สำหรับประเทศไทย พบว่า ต้นทุนฐานกิจกรรมของการดูแลรักษาผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องในโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลพุทธโสธร) และโรงพยาบาลลูกข่ายจังหวัดฉะเชิงเทรา ในการให้บริการรักษายาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธโสธร เท่ากับ 1,445.48 บาทต่อครั้ง และต้นทุนของกิจกรรมการรักษาในการบริการแพทย์ทางไกล

เท่ากับ 2,356.79 บาทต่อครั้ง และต้นทุนค่ายาเท่ากับ 822.74 บาทต่อครั้ง สำหรับการให้บริการรักษาโดยแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลลูกข่าย พบว่า ต้นทุนของกิจกรรมการรักษาพยาบาลของการบริการแพทย์ทางไกลเท่ากับ 588.54 บาทต่อครั้ง ต้นทุนค่ายาเท่ากับ 244.22 บาทต่อครั้ง สรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องด้วยบริการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลลูกข่ายมีต้นทุนต่ำกว่าการให้บริการรักษาด้วยแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลแม่ข่ายและการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแม่ข่าย⁹

โรงพยาบาลบ้านโคก นำนโยบายการบริการทางการแพทย์ทางไกลมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 เป็นต้นมา และได้รับค่าชดเชยบริการแพทย์ทางไกลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวม 100 บาทต่อรายต่อครั้ง จำแนกเป็นค่าบริการแพทย์ทางไกล จำนวน 50 บาท ค่าส่งยาทางไปรษณีย์ จำนวน 50 บาท อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินการบริการทางการแพทย์ทางไกลที่ผ่านมา พบว่า การใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยเฉลี่ย 40 นาทีต่อราย และมีขั้นตอนการให้บริการที่แตกต่างจากการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกที่ใช้เวลาเพียง 24 นาที และมีกิจกรรมการให้บริการที่ยุ่งยากซับซ้อนและใช้ทรัพยากรมากกว่าการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี และเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลบ้านโคกในการวางแผนเกี่ยวกับการจัดบริการแพทย์ทางไกล และเป็นข้อมูลสำคัญที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำไปใช้ในการวางแผนจัดสรรเงินค่าชดเชยบริการแพทย์ทางไกลอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ประกอบด้วยบุคลากรที่รับผิดชอบการบริการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลบ้านโคก จำนวน 10 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ กิจกรรมในการบริการแพทย์ทางไกลแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่และรายเก่า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยกิจกรรมทางตรง 8 กิจกรรมและกิจกรรมทางอ้อม 1 กิจกรรม คำนวณตามหลักการศึกษาเวลา ได้จำนวนครั้งที่ต้องเก็บข้อมูลแต่ละกิจกรรมอย่างน้อย 15 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) พจนานุกรมกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี 2) แบบบันทึกปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี 3) แบบบันทึกต้นทุน และ 4) นาฬิกาจับเวลา 2 เรือนยี่ห้อ Apple Watch Series 7

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบพจนานุกรมกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกล แบบบันทึกเวลาและแบบบันทึกต้นทุน นำไปตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิเคราะห์ต้นทุนฐาน

กิจกรรม 1 ท่าน และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ และปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และความเที่ยงของการสังเกตได้ค่า Inter rater reliability เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุนและค่าสาธารณูปโภค ในการให้บริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ด้วยตนเองจากงานการเงินและบัญชี งานการเจ้าหน้าที่และงานพัสดุ ทำการสังเกตและบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกล การใช้วัสดุและครุภัณฑ์ รวมถึงการใช้ห้องในการให้บริการแพทย์ทางไกล โดยบันทึกในแบบบันทึกรายละเอียดของข้อมูลในแต่ละครั้ง และนำกลับไปให้เจ้าหน้าที่การเงินและพัสดุตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเรียบร้อยแล้วจึงลงบันทึกในคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

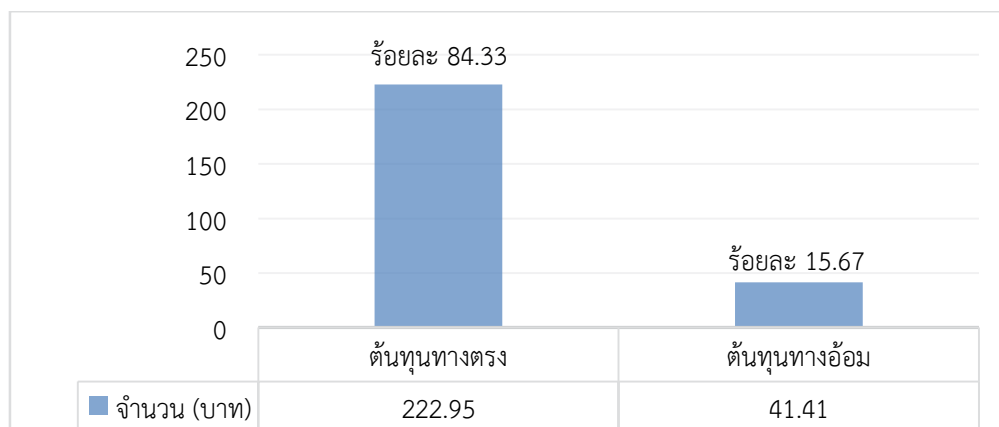
งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาล

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ study code: 2567-EXP019 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ต้นทุนการบริการแพทย์ทางไกล 1 ครั้ง ของโรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ เท่ากับ 264.37 บาท โดยจำแนกเป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 191.48 บาท (ร้อยละ 72.43) ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 51.54 บาท (ร้อยละ 19.50) ค่าสาธารณูปโภค 16.14 บาท (ร้อยละ 6.11) และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 5.21 บาท (ร้อยละ 1.97) โดยกิจกรรมที่มีต้นทุนรวมสูงสุด คือ การให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์มีต้นทุนรวมเท่ากับ 88.10 บาท รองลงมา คือ การตรวจรักษา มีต้นทุนรวมเท่ากับ 39.94 บาท และกิจกรรมที่มีต้นทุนรวมสูงสุดอันดับที่ 3 คือ การชี้แจงแนะนำ ข้อตกลงวิธีการตรวจและนัดหมายผู้ป่วยมีต้นทุนรวมเท่ากับ 38.78 บาท (ตารางที่ 1)

2. ต้นทุนการบริการแพทย์ทางไกล 1 ครั้ง ของโรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ จำแนกตามประเภทต้นทุนทางตรง เท่ากับ 222.95 บาท (ร้อยละ 84.33) และต้นทุนทางอ้อม เท่ากับ 41.41 บาท (ร้อยละ 15.67) ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล 1 ครั้ง ของโรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ จำแนกต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมของการบริการแพทย์ทางไกล

3. ต้นทุนการบริการแพทย์ทางไกลต่อการบริการ 1 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ เท่ากับ 264.37 บาท ในขณะที่ต้นทุนการบริการแพทย์ทางไกลต่อการบริการ 1 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายเก่า เท่ากับ 201.11 บาท แสดงว่าต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยรายใหม่ สูงกว่าการให้บริการผู้ป่วยรายเก่าเท่ากับ 63.26 บาท (ตารางที่ 2)

4. ต้นทุนการให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์ของผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าเท่ากัน คือ 88.10 บาท เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับงบประมาณที่

ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. (50 บาท) จะเห็นว่ามีค่าสูงกว่า 38.10 บาท สำหรับการเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการให้บริการแพทย์ทางไกลยกเว้นการให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. เท่ากับ 50 บาท ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่มีค่าเท่ากับ 176.27 บาท ซึ่งสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. เท่ากับ 126.27 บาท สำหรับผู้ป่วยรายเก่ามีค่าเท่ากับ 113.01 บาท ซึ่งสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. เท่ากับ 63.01 บาท (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล 1 ครั้ง ของโรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี
จำแนกตามกิจกรรมทางตรงและกิจกรรมทางอ้อมของการบริการแพทย์ทางไกล

กิจกรรมการบริการ แพทย์ทางไกล	ต้นทุน ค่าแรง (บาท)	ต้นทุน ค่าวัสดุ (บาท)	ค่า สาธารณูปโภค (บาท)	ต้นทุน ค่าลงทุน (บาท)	รวม (บาท)	ร้อยละ
กิจกรรมทางตรง						
- การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ	17.11	0.36	0.00	0.85	18.32	6.93
- การให้ความยินยอมการรับบริการ แพทย์ทางไกล	5.53	0.36	0.00	0.27	6.16	2.33
- การชี้แจง แนะนำข้อตกลงวิธี การตรวจ และนัดหมายผู้ป่วย	36.70	0.65	0.00	1.43	38.78	14.67
- การตรวจสอบสิทธิการรักษาและ ยืนยันตัวตนเข้ารับบริการ	3.92	0.00	0.00	0.29	4.21	1.59
- การเตรียมประวัติการรักษา	12.49	0.17	0.00	0.64	13.30	5.03
- การตรวจรักษา	39.62	0.00	0.00	0.32	39.94	15.11
- การให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์	37.46	50.00	0.00	0.64	88.10	33.32
- การเบิกชดเชยบริการ	13.38	0.00	0.00	0.77	14.15	5.35
กิจกรรมทางอ้อม						
- การบริหารจัดการ	25.27	0.00	16.14	0.00	41.41	15.66
รวม	191.48	51.54	16.14	5.21	264.37	
ร้อยละ	72.43	19.50	6.11	1.97	100.00	

ตารางที่ 2 ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกลต่อการบริการ 1 ครั้ง ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลบ้านโคก จำแนกตามกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่
และรายเก่า

กิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกล	ต้นทุนการให้บริการแพทย์ทางไกล ผู้ป่วยรายใหม่ (บาท)	ต้นทุนการให้บริการแพทย์ทางไกล ผู้ป่วยรายเก่า (บาท)
1. การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ	18.32	0.00
2. การให้ความยินยอมการรับบริการแพทย์ทางไกล	6.16	0.00
3. การชี้แจง แนะนำข้อตกลงวิธีการตรวจและนัดหมายผู้ป่วย	38.78	0.00
4. การตรวจสอบสิทธิการรักษาและยืนยันตัวตนเข้ารับบริการ	4.21	4.21
5. การเตรียมประวัติการรักษา	13.3	13.3
6. การตรวจรักษา	39.94	39.94
7. การให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์	88.10	88.10
8. การเบิกชดเชยบริการ	14.15	14.15
9. การบริหารจัดการ	41.41	41.41
รวม	264.37	201.11

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกลต่อการบริการ 1 ครั้ง ของ
โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำแนกตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่และรายเก่า

กิจกรรมการบริการ	ต้นทุน (บาท)	งบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรจาก สปสช. (บาท)	ผลต่างของต้นทุนกับ งบประมาณที่ได้รับ การจัดสรร (บาท)
ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่			
1. การให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์	88.10	50	38.10
2. กิจกรรมการให้บริการแพทย์ทางไกล ยกเว้น การให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์	176.27	50	126.27
ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายเก่า			
1. การให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์	88.10	50	38.10
2. กิจกรรมการให้บริการแพทย์ทางไกล ยกเว้น การให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์	113.01	50	63.01

สรุปและอภิปรายผล

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลบ้านโคกมีต้นทุนรวมของการบริการแพทย์ทางไกลต่อการบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ครั้งเท่ากับ 264.37 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของดราวรณ รongเมือง และคณะ⁹ ที่วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ

แพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ต้นทุนรวมของการบริการแพทย์ทางไกลต่อการบริการผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้อง 1 ครั้งเท่ากับ 1,512.96 บาท จะเห็นได้ว่าต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้อง⁹ มีความแตกต่างจากผลการศึกษาครั้งนี้เนื่องจาก 2 ปัจจัย คือ 1) กิจกรรมที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนแตกต่างกัน

โดยการศึกษาของดาราวรรณ รองเมืองและคณะ⁹ จะมีการคิดต้นทุนค่ายาที่ผู้ป่วยได้รับ แต่ในการศึกษาไม่ได้คิดต้นทุนค่ายา และ 2) ระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วยต่อรายแตกต่างกัน โดยการศึกษาของดาราวรรณ รองเมือง และคณะ⁹ ใช้เวลาในการให้บริการต่อครั้งเท่ากับ 98.50 นาทีต่อราย ส่วนในการศึกษาใช้เวลาในการให้บริการต่อครั้งประมาณ 40.10 นาทีต่อราย

ต้นทุนรวมของการบริการแพทย์ทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อครั้ง ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนทางตรงของการบริการแพทย์ทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ครั้ง เท่ากับ 222.95 บาท (ร้อยละ 84.33) ในขณะที่มีต้นทุนทางอ้อมของการบริการแพทย์ทางไกลต่อครั้งเท่ากับ 41.41 บาท (ร้อยละ 15.67) (แผนภูมิที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของดาราวรรณ รองเมืองและคณะ⁹ ที่วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยพบว่าต้นทุนทางตรงมีค่าเท่ากับ 222,150.87 บาท (ร้อยละ 87.34 ของต้นทุนรวม) และต้นทุนทางอ้อม เท่ากับ 32,211.88 บาท (ร้อยละ 12.66) ของต้นทุนรวม) จะเห็นได้ว่า ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง⁹ มีสัดส่วนต้นทุนทางตรงที่สูงกว่าต้นทุนทางอ้อมเช่นเดียวกับผลการศึกษาครั้งนี้ แต่วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนทางอ้อมนั้นมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ สัดส่วนต้นทุนทางอ้อมในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าต้นทุนทางตรง เนื่องจากการศึกษานี้คิดต้นทุนทางอ้อมจากค่าแรงของบุคลากรที่ไม่ได้ให้บริการแพทย์ทางไกลโดยตรง ได้แก่ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ พนักงานทำความสะอาด และค่าสาธารณูปโภคในการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกที่กระจายมาสู่กิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกลตามเวลาในการให้บริการแพทย์ทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ครั้งเท่านั้น และไม่นำต้นทุนในส่วนของผู้รับบริการมารวมเป็นต้นทุนทางอ้อม เช่น ค่าเสียโอกาสของเวลาที่ใช้ในการมารับบริการ ค่าโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ให้

บริการ เป็นต้น แต่ในการศึกษาของดาราวรรณ รองเมืองและคณะ¹⁰ คิดต้นทุนทางอ้อมจากค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการเดินทางมารับการรักษาของผู้ป่วย ผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการมารับยา

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค และค่าลงทุนในต้นทุนรวมของการบริการแพทย์ทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก ผลการศึกษาพบว่า ค่าแรงเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 72.43) เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนค่าวัสดุ (ร้อยละ 19.50) หรือต้นทุนค่าลงทุน (คิดเป็นร้อยละ 1.97) (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของดาราวรรณ รองเมืองและคณะ⁹ ที่วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าต้นทุนที่เป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 69.49) เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนค่าวัสดุ (ร้อยละ 23.56) หรือต้นทุนค่าแรง (ร้อยละ 6.95) เนื่องจากใช้งบลงทุนในการวางระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยให้เชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย รวมถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ดำเนินการ เช่น คอมพิวเตอร์ที่ใช้เป็น server ซึ่งมีราคาสูง ประกอบกับการลงทุนในการเขียนโปรแกรมพัฒนาแอปพลิเคชันในการติดตามอาการผู้ป่วย และการจัดส่งยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดส่งยามีความจำเพาะเจาะจงจะต้องเก็บยา erythropoietin ในตู้เย็น อุณหภูมิ 2 – 8 องศาเซลเซียส โดยเก็บในช่องธรรมดาของตู้เย็น การจัดส่งจะต้องบรรจุยาในภาชนะที่ช่วยรักษาความเย็นในระหว่างการส่ง ซึ่งแตกต่างจากการส่งยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดอื่น ๆ จึงทำให้ต้นทุนสูงแตกต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่าต้นทุนค่าแรงเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้ เพราะรูปแบบการบริการแพทย์ทางไกลที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล แต่ใช้การพบปะพูดคุยระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยผ่านจอคอมพิวเตอร์ และใช้การบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ไว้ในระบบอินเทอร์เน็ต จึงช่วยลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุและอุปกรณ์ ประกอบกับโรงพยาบาลใช้โปรแกรมสื่อสารกับผู้ป่วย

ผ่านทางโปรแกรม Dowell ซึ่งโปรแกรมต้องเสียค่าใช้จ่ายรายเดือนๆ ละ 1,200 บาท โรงพยาบาลไม่ต้องลงทุนในการจัดซื้อโปรแกรมดังกล่าว จึงช่วยประหยัดค่าลงทุนในระดับหนึ่ง ในทางตรงกันข้ามการให้บริการแพทย์ทางไกลจะเกิดต้นทุนค่าแรงค่อนข้างมาก เนื่องจากการให้บริการแพทย์ทางไกลจะต้องใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยเฉลี่ย 40.10 นาทีต่อราย ซึ่งมากกว่าการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่ใช้เวลาเฉลี่ย 24 นาทีต่อราย¹¹ และในทุกขั้นตอนของการให้บริการแพทย์ทางไกลต่อครั้งจะต้องมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการและในขั้นตอนสำคัญที่พยาบาล แพทย์และเภสัชกรเข้าไปพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง และต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานและเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น เพื่อให้การบริการมีคุณภาพและไม่เกิดข้อผิดพลาด ดังนั้น หากต้องการลดต้นทุนการให้บริการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลบ้านโคกจะต้องปรับปรุงการบริการให้มีการใช้เวลาน้อยลง

2. เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การศึกษานี้พบว่า ต้นทุนรวมของการบริการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ 1 ครั้ง เท่ากับ 264.37 บาท ในขณะที่ต้นทุนรวมของการบริการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายเก่า 1 ครั้ง เท่ากับ 201.11 บาท จะเห็นได้ว่า ต้นทุนรวมของการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยรายใหม่มีค่ามากกว่าต้นทุนรวมของการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยรายเก่า 63.26 บาท (ตารางที่ 2) เนื่องจาก การให้บริการผู้ป่วยรายใหม่มีการทำกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ การให้ความยินยอมการรับบริการแพทย์ทางไกล การชี้แจงแนะนำข้อตกลงวิธีการตรวจและนัดหมายผู้ป่วย โดยกิจกรรมดังกล่าวมีต้นทุนเท่ากับ 18.32, 6.16 และ 38.78 บาท ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนรวม

ของการบริการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่และรายเก่ากับอัตราการจ่ายชดเชยบริการแพทย์ทางไกลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับเพียง 100 บาท ต่อการให้บริการ 1 ครั้ง จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลบ้านโคกรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินเฉลี่ย 101.11 บาท ต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยรายเก่า และ 164.37 บาทต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยรายใหม่

เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนการให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์ไปให้ผู้ป่วยที่บ้านกับอัตราการจ่ายชดเชยบริการให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์ไปให้ผู้ป่วยที่บ้านจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้ 50 บาทต่อครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านโคกเท่ากับ 88.10 บาท สูงกว่าอัตราการจ่ายชดเชยบริการจัดส่งยา 38.10 บาท (ตารางที่ 3) เนื่องจาก โรงพยาบาลบ้านโคกทำข้อตกลงกับบริษัทไปรษณีย์ไทยในการคิดอัตราค่าจัดส่งพัสดุแบบเหมาจ่ายในราคา 50 บาทต่อชิ้น ซึ่งเป็นอัตราเดียวกับกับอัตราการจ่ายชดเชยบริการจัดส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้านจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เกิดจากค่าแรงของเภสัชกรและค่าลงทุน รวม 38.10 บาท ดังนั้น โรงพยาบาลบ้านโคก จำเป็นต้องหาแนวทางในการปรับลดอัตราค่าจัดส่งเวชภัณฑ์ เพื่อนำเงินที่เหลือมาชดเชยค่าแรงของเภสัชกรและค่าลงทุน สำหรับการเปรียบเทียบต้นทุนการให้บริการแพทย์ทางไกลยกเว้นการให้คำปรึกษาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่และรายเก่าต่อครั้งของโรงพยาบาลบ้านโคกกับอัตราการจ่ายชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้จ่ายเท่ากับ 50 บาทต่อครั้ง ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ 176.27 บาท ซึ่งสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. เท่ากับ 126.27 บาท สำหรับผู้ป่วยรายเก่ามีค่าเท่ากับ 113.01 บาท ซึ่งสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. เท่ากับ 63.01 บาท (ตารางที่ 3) เนื่องจาก

การให้บริการแพทย์ทางไกลจะต้องใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยเฉลี่ย 40.10 นาทีต่อราย ซึ่งมากกว่าการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่ใช้เวลาเฉลี่ย 24 นาทีต่อราย¹¹ ทำให้มีต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางด้านสุขภาพสูงกว่าการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก นอกจากนี้การให้บริการแพทย์ทางไกลมีขั้นตอนการให้บริการเพิ่มขึ้นจากการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก คือ การที่พยาบาลจะต้องติดต่อดนัดหมายและประสานกับผู้ป่วยล่วงหน้าในการ ตรวจสอบสิทธิ์การรักษาและยืนยันตัวตนเข้ารับบริการ ต้องมีเจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์คอยดูแลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารให้พร้อมใช้งานและไม่เกิดปัญหาในระหว่างการให้บริการแบบทางไกล ทำให้มีการใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นในกระบวนการให้บริการแพทย์ทางไกล สอดคล้องกับงานวิจัยของ มอร์โรว์ และคณะ (Morrow et al.)⁸ ที่ศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมที่ขับเคลื่อนด้วยด้วยเวลา โดยเปรียบเทียบต้นทุนการให้บริการกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินความแตกต่างของต้นทุนการให้บริการกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอกกับต้นทุนการให้บริการกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการบริการแพทย์ทางไกล พบว่า ต้นทุนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกลมีค่าใช้จ่าย 225.41 ดอลลาร์สหรัฐ หรือเท่ากับ 8,385.25 บาท การรักษาฟื้นฟูในแผนกผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่าย 168.29 ดอลลาร์สหรัฐ หรือเท่ากับ 6,260.39 บาท ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกลมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาผู้ป่วยนอก โดยค่าใช้จ่ายต่างกัน 57.12 ดอลลาร์สหรัฐ หรือเท่ากับ 2,124.86 บาท เนื่องจากนักกิจกรรมบำบัดที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกลต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูมากกว่าการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในแผนกผู้ป่วยนอก

ถึงแม้ว่าผลการศึกษาพบว่าต้นทุนรวมของการบริการแพทย์ทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อครั้ง โรงพยาบาลบ้านโคกสูงกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากพิจารณาจากผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่

อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นอำเภอที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีกว่า 165 กิโลเมตร และพื้นที่ในแต่ละตำบลอยู่ห่างไกลกัน ผู้ป่วยที่รับบริการแพทย์ทางไกลที่อยู่ใกล้ที่สุด คือ บ้านห้วยไคร้ ตำบลนาชุม มีระยะทาง 8.70 กิโลเมตร รวมระยะทางไป-กลับ 17.40 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทาง 25 นาที สำหรับผู้ป่วยที่รับบริการแพทย์ทางไกลที่อยู่ไกลที่สุด คือ บ้านห้วยยาง ตำบลบ่อเบี้ย มีระยะทาง 49.20 กิโลเมตร รวมระยะทางไป-กลับ 98.40 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทาง 1.30 ชั่วโมง ประกอบกับลักษณะภูมิประเทศเขตภูเขาและที่ราบระหว่างเขา การเดินทางลำบาก การรักษาด้วยการแพทย์ทางไกล ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้โดยไม่ต้องเดินทางไกล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร หรือค่าเสียเวลาของผู้ป่วยและญาติ ดังการศึกษาของวิภาวณิช วรรณพพรชัย และชวณ กิจหิรัญกุล¹² ที่ประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท และพบว่าระบบการแพทย์ทางไกลสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชนบทห่างไกล หรือมีอาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน สามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทันทั่วทั้ง อีกทั้งเป็นการขยายงานบริการทางการแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาลให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลมากขึ้น ซึ่งการศึกษานี้ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับการบริการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาค้นคว้าประกอบของต้นทุนการบริการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อการบริการ 1 ครั้ง พบว่าต้นทุนค่าแรงเป็นสัดส่วนมากที่สุดเมื่อเทียบกับต้นทุนส่วนอื่น โดยปัจจัยที่ส่งผลให้ต้นทุนค่าแรงมีการผันแปร คือ ระยะเวลาในการให้บริการ ดังนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลควรพิจารณาวางแผนทางที่จะทำให้เวลาในขั้นตอนการ

ให้บริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลงเพื่อให้ต้นทุนลดลงตามมา

2. จากการที่โรงพยาบาลบ้านโคกใช้วิธีการทำข้อตกลงกับบริษัทไปรษณีย์ไทยให้คิดอัตราค่าจัดส่งพัสดุแบบเหมาจ่ายในราคา 50 บาทต่อชิ้น ซึ่งเป็นอัตราเดียวกับกับอัตราการจ่ายชดเชยบริการจัดส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้านจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าแรงของเภสัชกรและค่าลงทุน จำนวน 38.10 บาท ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลควรพิจารณาหาแนวทางปรับลดอัตราค่าจัดส่งพัสดุ เช่น การเจรจาต่อรองกับบริษัทไปรษณีย์ไทยเพื่อขอลดอัตราหรือการใช้บริการจัดส่งกับบริษัทเอกชนที่ต่ำกว่าบริษัทไปรษณีย์ไทย เพื่อนำเงินมาชดเชยค่าแรงของเภสัชกรและค่าลงทุน

3. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินเฉลี่ย 101.11 บาท ต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยรายเก่า และเฉลี่ย 164.37 บาทต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ ดังนั้นผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาไปกำหนดนโยบายและทิศทางการให้บริการสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านโคก ต่อไป

4. ควรศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กับการบริการแพทย์ทางไกล

5. ควรศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิภาพของการบริการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. ไพศาล มณีสว่าง. รายงานโครงการพัฒนาต้นแบบของเทคโนโลยีที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบทโดยผ่านเครือข่ายดิจิทัลความเร็วสูง. 2561 [cited 2024 Jan 24]. Available from: <https://btfp.nbtc.go.th/portfolio/2558/1415.aspx>
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH – 4T. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2566.
3. World Health Organization. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth Series. 2010;18(2):153–155. doi: 10.4258/hir.2012.18.2.153
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH - 4T. กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
5. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, อติศวร หลายชูไทย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ความรู้เบื้องต้นในการวิเคราะห์ต้นทุนของสถานบริการสาธารณสุข. วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2539.
6. วิเชียร เทียนจาววัฒนา, ถาวร สกฤตพาณิชย์, ดิขพงศ์พงศ์ ภัทรชัย, ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย. คู่มือการศึกษาต้นทุนสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. 2554.
7. Dooley MJ, Simpson KN, Simpson AN, Nietert PJ, Williams D, King K, McElligott JT. A Modification of Time-Driven Activity-Based Costing for Comparing Cost of Telehealth and In-Person Visits. *Telemed e-Health*. 2022;28(10):1393-1394.
8. Morrow C, Woodbury M, Simpson AN, Almallouhi E, Simpson KN. Determining the Marginal Cost Differences of a Telehealth Versus an In-person Occupational Therapy Evaluation Session for Stroke Survivors Using Time-driven Activity-based Costing. *Arch Phys Med Rehabil*. 2023;104(4):547-553. doi: 10.1016/j.apmr.2022.11.006
9. ดาราวรรณ รองเมือง, อินทรา สุขรุ่งเรือง, สราพร มัทยาท, ภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์, อติญาน ศรีเกษตรริน, สุทธนันท์ กัลป์กะ, พิระเดช สารวมรัมย์, เบญจพร รัชตารมย์, อนันต์ กนกศิลป์. การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง บทเรียนจากการระบาดของโควิด 19. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2566;17(1):108-127.



10. Kaplan RS, Cooper R. Cost and effect: Using integrated cost systems to drive profitability and performance. Massachusetts. 1998.
11. โรงพยาบาลบ้านโคก. Service profile OPD ปี 2566. งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโคก. 2566.
12. วิภาวิทย์ อรรณพพรชัย, ชวณณ กิจศิริกุล. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2564;7(3):258-271.

สภาพการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก Situation of Exclusive Breastfeeding for Six Months in First-Time Postpartum Mothers.

(Received: June 20,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 26,2024)

นวพร มามาก¹, สุภาวดี นาคสุขุม¹, วันเพ็ญ ถีถ้วน², อรวรรณ ดวงใจ³, วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา¹

Nuaporn Mamak¹ Supawadee Nakhsukhum¹ Wanpen Thee-thuan² Orawan Duangjai³ ongchanaphot Prommasila¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้คณะผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดในตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 150 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาแก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวขยาย อาชีพรับจ้าง ทำงานนอกบ้าน รายได้เฉลี่ยครอบครัว 13,495.42 บาทต่อเดือน) SD = 16,419.5 (ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับมาก) $\bar{X}$ = 13.86, SD = 1.42 (ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับปานกลาง) $\bar{X}$ = 63.4, SD = 3.54 (การรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับปานกลาง) $\bar{X}$ = 51.43, SD = 8.06 (ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลระดับมาก) $\bar{X}$ = 8.12, SD = 1.22 (ได้รับการสนับสนุนจากสามีระดับมาก) $\bar{X}$ = 5.49, SD = 0.78 (คะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับมาก) $\bar{X}$ = 112, SD = 13.1 (และผลการติดตามอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ 7, 14, 45 วัน และ 6 เดือน พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเท่ากับร้อยละ 78, 79, 40, และ 37 ตามลำดับ

คำสำคัญ: สภาพการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว, มารดาหลังคลอดบุตรคนแรก

Abstract

The objective of this survey research was to study the exclusive breastfeeding situation of 150 mothers after giving birth to their first infants. They were postpartum mothers in the postpartum obstetrics building. Chonburi Hospital.

The research results found that Most of the sample group had extended families, were employed, worked outside the home, had an average family income of 13,495.42 baht per month (SD = 16,419.5), knowledge about breastfeeding was at a high level ($\bar{X}$ = 13.86, SD = 1.42), attitudes towards Breastfeeding at a moderate level ($\bar{X}$ = 63.4, SD = 3.54). Perceived ability to breastfeed at a moderate level ($\bar{X}$ = 51.43, SD = 8.06). Received high levels of support from nurses ($\bar{X}$ = 8.12, SD = 1.22), received a high level of support from the husband ($\bar{X}$ = 5.49, SD = 0.78), the score of the relationship between spouses was high ($\bar{X}$ = 112, SD = 13.1), and the follow-up results Exclusive breastfeeding rates at 7, 14, 45 days, and 6 months were found to be 78, 79, 40, and 37 percent, respectively.

Keywords: situation of Breastfeeding, exclusive breastfeeding, first-time postpartum mothers.

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นต้นทุนสุขภาพทั้ง
ด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจของทารก

¹ อาจารย์พยาบาล โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข

³ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

สารอาหารกว่า 200 ชนิดที่อยู่ในน้ำนมแม่ เหมาะต่อการเจริญเติบโตต่อร่างกายและสมองของทารก มีภูมิคุ้มกันโรค และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้เกิดความใกล้ชิด ทารกได้รับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก เกิดการสัมผัสด้วยความอบอุ่น ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์สมอง เกิดพัฒนาการด้านสติปัญญาและด้านจิตใจ¹ องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) จึงสนับสนุนมารดาทุกคนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 2 ปี โดยให้นมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และให้อาหารตามวัยควบคู่กับนมแม่นานถึง 2 ปี²

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีความสำคัญยิ่ง เริ่มตั้งแต่ให้ทารกได้รับโคลอสตรัมที่อุดมไปด้วยคาร์โบไฮเดรต โปรตีน วิตามิน เกลือแร่ จัดเป็นวัคซีนหยดแรกสำหรับทารก เป็นของขวัญที่ดีที่สุดต่อทารก มีภูมิคุ้มกันสูงสุดในขณะที่ทารกแรกเกิดยังไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันเองได้ ทารกที่กินนมแม่จึงมีภูมิต้านทานโรค ช่วยกำจัดเชื้อโรค แบคทีเรีย ไวรัส และเพิ่มความแข็งแรงให้ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้ลูกป่วยเป็นไข้หวัด ปอดอักเสบ ท้องร่วงน้อยกว่าทารกที่กินนมผสม 2-7 เท่า ลดโอกาสเกิดโรคลำไส้เน่าอักเสบในทารกเกิดก่อนกำหนดถึง 20 เท่า และลดโอกาสเกิดโรคอื่นๆ เช่น ปอดบวม หูชั้นกลางอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ภูมิแพ้ และเบาหวาน ประมาณ 2-5.5 เท่า ประกอบกับปัจจุบันยังมีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 (COVID -19) องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีค่ามากกว่าความเสี่ยงที่อาจเกิดการแพร่เชื้อโควิด-19 โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (CDC) และองค์กรสุขภาพต่างๆ ทั่วโลกต่างก็รายงานว่ายังไม่พบหลักฐานว่าแม่ที่ติดเชื้อโควิด-19 จะสามารถแพร่เชื้อโควิด-19 ผ่านรกหรือน้ำนมสู่ลูกได้ โดยแม่อีกยังสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้³⁻⁵ นอกจากสุขภาพที่ดีของทารกที่ได้รับจากน้ำนมแม่ ยังช่วย

ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว ประหยัดค่าใช้จ่ายจากการซื้อนมผสม และอุปกรณ์ต่างๆ ในการเตรียมนมผสมมาให้ทารก ทารกมีสุขภาพดีแข็งแรงไม่เจ็บป่วย ช่วยให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ช่วยด้านเศรษฐกิจของครอบครัวให้เข้มแข็ง

แต่จากสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติในปี 2559 พบว่า มีทารกไทยเพียงร้อยละ 40 ได้กินนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และเพียงร้อยละ 23 ที่ได้กินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต และมีทารกเพียงร้อยละ 13 ที่ได้กินนมแม่ต่อเนื่องถึง 2 ปี³ มารดาส่วนใหญ่ยังไม่ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก มีการศึกษาปัจจัยที่แสดงตัวแปรที่ทำให้มารดาหยุดให้นมแม่ โดยเฉพาะในมารดาที่ต้องทำงานนอกบ้าน ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการให้น้ำและอาหารเสริมแก่ทารก รวมถึงการได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และไม่สมบูรณ์ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ทำให้มารดาไม่เข้าใจประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ไม่ทราบวิธีแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา⁶

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนาความเชื่อ อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนของมารดา ภาวะแทรกซ้อนในทารก ประสบการณ์การให้นมแม่ ระยะเวลาในการหยุดงานหลังคลอด บุตร การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และความตั้งใจในระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁷⁻⁸ ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า

ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนทางสังคมเช่น การสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากสามีหรือญาติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การพัฒนาบริการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงรูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁹⁻¹⁷ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสภาพการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดครั้งแรก ในตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี โดยนำปัจจัยหรือตัวแปรที่ส่งผลต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มาศึกษาและทำการสำรวจ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวิจัยและพัฒนา ให้เกิดการเพิ่มขึ้นของอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และพัฒนาให้เกิดอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานถึง 2 ปี เพิ่มขึ้น อันส่งผลดีต่อสุขภาพของมารดา ทารก และช่วยด้านเศรษฐกิจของทุกครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่มีบุตรคนแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาหลังคลอด ที่สูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2564 โดยศึกษาจากข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะคิดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากสามีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และศึกษาอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาที่คลอดบุตรคนแรก ทุกช่วงวัย อาศัยอยู่กับสามี มารดาได้หยุดงานหลังคลอดอย่างน้อย 6 สัปดาห์ สามารถสื่อสารภาษาไทยและสามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน¹⁸ $n = N / 1 + Ne^2$ (e = ความคลาดเคลื่อน 5%) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน และติดตามหลังคลอด 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลมี 8 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานที่ประกอบอาชีพ ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ประสบการณ์การเลี้ยงทารกวัยก่อน 1 ปี วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อน สุขภาพทารกแรกคลอด อายุที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรก

2. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยสเปนเยร์¹⁹ ประกอบด้วยคำถามด้านบวก 22 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ แบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า Likert scale 5 ระดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เป็นพ้องกันเลย จนถึง 5 หมายถึง เห็นพ้องกันมากที่สุด ในข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบจะกลับคะแนนก่อนนำไปคำนวณ คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 27 – 135 คะแนน คะแนนมากหมายถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยสุวรรณา ชนะภัย และคณะ¹⁰ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และผิด จำนวน 16 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ตอบถูก (คะแนน = 1) ตอบผิด (คะแนน = 0) พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 16 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่า มารดามีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก

4. แบบสอบถามทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย De La Mora และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดยสุวรรณา ชนะภัย และคณะ¹⁰ จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านบวก 8 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 9 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า Likert scale 5 ระดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบจะกลับคะแนน ก่อนนำไปคำนวณ คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 17 – 85 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดามีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สร้างขึ้นโดย Dennis สร้างจากแนวคิดของ Bandura แปลเป็นภาษาไทยโดยสุวรรณา ชนะภัย และคณะ¹⁰ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า Likert scale 5 ระดับ จาก 1 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย จนถึง 5 หมายถึง มั่นใจมาก คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 14 – 70 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดามีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง

6. แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สร้างขึ้นโดยสุวรรณา ชนะภัย และคณะ¹⁰ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบใช่ (คะแนน = 1) ตอบไม่ใช่ (คะแนน = 0) คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 0 – 9 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก

7. แบบสอบถามการสนับสนุนจากสามี สร้างขึ้นโดยสุวรรณา ชนะภัย และคณะ¹⁰ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบใช่ (คะแนน = 1) ตอบไม่ใช่ (คะแนน = 0) คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ในช่วง 0 – 6 คะแนน

คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดาได้รับการสนับสนุนจากสามีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก

8. แบบสัมภาษณ์การให้อาหารทารก สร้างขึ้นโดยสุวรรณา ชนะภัย และคณะ¹⁰ เพื่อติดตามและสรุปผลการให้อาหารทารก ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ และคำถามปลายปิด 2 ข้อ ประกอบด้วย รายการอาหารที่ลูกได้รับ ระยะเวลาที่เริ่มและหยุดอาหารชนิดนั้น และเหตุผลที่เริ่มและหยุดอาหารชนิดนั้น นำข้อมูลมาสรุปว่าทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวเมื่อ 6 เดือน หรือทารกได้รับนมแม่ร่วมกับอาหารอื่น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค คือ แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 แบบสอบถามทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .71 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการสนับสนุนจากสามี หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72, .79 และ .75 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม หัวหน้าตึกสูติกรรม หลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือให้พยาบาลประจำตึกสูติกรรมหลังคลอดเป็นผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและเก็บข้อมูล ภายใต้การให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอน เมื่อมารดาหลังคลอดยินยอมด้วยความสมัครใจ ผู้ช่วยวิจัยขอให้มารดาหลังคลอดลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอม ผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบ

ประมาณ 20-30 นาที และขอเบอร์โทรศัพท์ของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ติดตามเมื่อ 7 วัน 14 วัน 45 วัน และ 6 เดือนหลังคลอด โดยใช้แบบสัมภาษณ์การให้อาหารทารกและแบบสอบถามการสนับสนุนจากสามี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี เอกสารเลขที่ 19/2564 รหัสวิจัย 2/64/O/q ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2564

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 15-37 ปี อายุเฉลี่ย 22.17 ปี (SD = 5.58) ร้อยละ 37.14 มีอายุ 15-19 ปี ร้อยละ จบการศึกษาน้อยสุดระดับ

ประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 5.7 จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีร้อยละ 22.86 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 34.29 มารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 48.57 เป็นแม่บ้านร้อยละ 28.57 ที่เหลือมีอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 42.86 มีรายได้ต่ำกว่า 10000 บาท รายได้เฉลี่ย 13495.42 บาท (SD = 16419.5) มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 60 อยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 68.57 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ มารดาคลอดปกติร้อยละ 65.72 ผ่าตัดคลอดร้อยละ 34.28 ทารกร้อยละ 56.76 เป็นเพศชาย มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 900-3800 กรัม ทารกคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 10.81 และพบทารกป่วยแรกคลอดร้อยละ 13.51

คะแนนเกี่ยวกับความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนจากสามี และการสนับสนุนจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนความรู้ ทักษะการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การสนับสนุนจากสามี และการสนับสนุนจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้	mean	SD
ความรู้	0-16	11-16	13.86 (มาก)	1.42
ทักษะการ	17-85	55-77	63.4 (ปานกลาง)	3.54
การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	14-70	35-67	51.43 (ปานกลาง)	8.06
การสนับสนุนจากสามี	0-6	4-6	5.49 (มาก)	0.78
การสนับสนุนจากพยาบาล	0-9	5-9	8.12 (มาก)	1.22
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	27-135	84-130	112 (มาก)	13.1

จากข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ทารกร้อยละ 25.7 ได้ดูดนมแม่ครั้งแรกภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด และร้อยละ 28.57 ได้ดูดนมแม่ครั้งแรกภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ทารกจำนวนร้อยละ 83.78 ได้รับนมแม่อย่างเดียวยภายใน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกป่วยไม่ได้รับนมแม่ภายใน 24 ชั่วโมง และจากสถิติการติดตามเยี่ยม

มารดาหลังคลอดพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ทารกอายุ 7 วัน 14 วัน 45 วัน และ 6 เดือน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 60 อยู่ในครอบครัวขยาย มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 48.57 เป็นแม่บ้านร้อยละ 28.57 ที่เหลือมีอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว และพบว่ามารดา

ละ 42.86 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มารดามีรายได้เฉลี่ย 13495.42 บาท ($SD = 16419.5$) จะเห็นได้ว่ามารดาเกือบครึ่งต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน และมีรายได้น้อย การสนับสนุนให้มารดา และครอบครัวโดยการมีส่วนร่วมเพื่อการبيب เก็บ ตน นำนม จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้ความรู้ เพื่อติดอาวุธทางปัญญาให้กับมารดาหลังคลอดและครอบครัว และติดตามเพื่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ก็จะสามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และสามารถช่วยด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อนมผสมให้ทารก สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ทุมเชื้อ และอัญญา ปลดเปลื้อง¹⁴ ที่ศึกษาประเด็นหลักเพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการสนับสนุนของครอบครัว ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงบทบาทของตนเอง 2) ความคุ้มค่า 3) การมีช่วงเวลาที่ดี รวมถึงได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมที่สร้างความรักความเข้าใจภายในครอบครัว ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้มารดามีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับมาก ($mean = 112$, $SD = 13.1$) ทำให้เป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญ เพื่อการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามีให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ด้านความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่ามารดามีคะแนนอยู่ในระดับมาก ($mean=13.86$, $SD = 1.42$) มีทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง ($mean=63.4$, $SD = 3.54$) มีการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง ($mean=51.43$, $SD = 8.06$) ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($mean=8.12$, $SD = 1.22$) ได้รับการสนับสนุนจากสามีอยู่ในระดับมาก ($mean=5.49$, $SD = 0.78$) จะเห็นได้ว่าทัศนคติเป็นส่วนที่ต้องพัฒนา การให้ข้อมูลตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของลำพอง ศรีวงศ์และ

คณะ²⁰ ที่พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก และครอบครัว ทำให้มารดาครรภ์แรกมีความมั่นใจในทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น และควรพัฒนาให้อยู่ในระบบบริการที่เข้มแข็ง เพราะมารดาจะมีช่วงเวลา ในการเรียนรู้ การปรับตัว เกิดการปรับทัศนคติที่ถูกต้องเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควบคู่กับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยนำส่วนที่ได้คะแนนมากได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากสามี และคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ซึ่งเป็นจุดเด่นของกลุ่มตัวอย่าง มาจัดทำโปรแกรมให้สามีมีส่วนร่วม เพื่อสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ ชนะภัย และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากสามีและพยาบาล ในการทำนายนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ พบว่าการสนับสนุนจากสามีหรือญาติ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สามารถทำนายนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ 7 วัน 14 วัน 45 วัน และ 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 78, 79, 40, และ 37 ตามลำดับ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ทำให้สามารถอธิบายได้ว่าที่เวลา 7 วันหลังคลอดมารดาส่วนใหญ่ไม่รับโทรศัพท์ และบางรายอยู่ในช่วงเวลาที่ทารกป่วยนอนโรงพยาบาลทำให้ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และในช่วงเวลา 14 วันหลังคลอด มารดารับการติดต่อทางโทรศัพท์เพิ่มมากขึ้น และเป็นช่วงที่ทารกป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมารดาได้รับการฝึกทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายทารก ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเวลา 14 วันสูงกว่าในระยะ 7 วันแรก ส่วนในระยะเวลา 45 วัน และ 6 เดือนหลังคลอด มารดาส่วนใหญ่ต้องกลับไปทำงาน ทำให้เป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ บทบาทพยาบาลควรต้องเน้นย้ำการบีบเก็บ ตุน นำนมในช่วงแม่ทำงาน การให้กำลังใจ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

โดยสรุป ผลของการวิจัยทำให้ทราบสภาพและสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก มารดาส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้านทำให้ทารกได้รับนมแม่เฉพาะในช่วงที่มารดาลาคลอด และมองเห็นจุดในการพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการนำครอบครัวและสามีมีส่วนร่วมในการสนับสนุน เป็นจุดเด่นของงานวิจัย เพราะครอบครัวของมารดาหลังคลอด

ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย การสนับสนุนจากพยาบาล และสามีอยู่ในระดับมาก สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรมีบทบาทในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติ ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และช่วยสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายใต้การช่วยเหลือและการสนับสนุนจากสามีหรือญาติ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือฝึกอบรม ในงานอนามัยแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2559.
2. World Health Organization. Health topics of breastfeeding. [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 31]. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สาธารณสุขร่วมกับเครือข่าย ตั้งเป้าปี 68 เด็กไทยอย่างน้อยร้อยละ 50 กินนมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงจาก: https://www.anamai.moph.go.th/mobile_detail.php?cid=76&nid=12470
4. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding and Caring for Newborns [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html#breastfeeding>
5. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงจาก: <https://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/03/CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf>
6. Moore ER, Coty MB. Prenatal and Postpartum Focus Groups with Primiparas: Breastfeeding Attitudes, Support, Barriers, Self-efficacy, and Intention. J Pediatr Health Care. 2006;20(1):35-46.
7. อุษณีย์ จินตะเวช, เทียมศรี ทองสวัสดิ์, ลาวัลย์ สมบูรณ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาหลังคลอด. พยาบาลสาร. 2557;42(1):133-144.
8. ภัทรพร ชูประพันธ์, วิภา เทียงธรรม, ปาหนัน พิษยัญญู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของแม่ในเขตภาคกลางตอนล่าง. Graduate Research Conference, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557;1:1723-1732.
9. โบว์ชมพู่ บุตรแสงดี. การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2557;7(1):1-9.
10. สุวรรณ ชนะภัย, นิตยา สีนสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ, วรรณ พาทูวัฒนกร. ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากสามีและพยาบาล ในการทำนุการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์. Journal of Nursing Science. 2557;32(1):51-60.
11. อุษา วงศ์พิณี. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2558;8(1):24-33.

12. อัมพร เกษมสุข, เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, วันเพ็ญ สุขสง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2558;40(3):177-184.
13. อุษณีย์ จินตะเวช, เทียมศร ทองสวัสดิ์, ลาวัลย์ สมบูรณ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาหลังคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2558;27(2):34-47.
14. ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, อัญญา ปลดเปลื้อง. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการสนับสนุนของครอบครัว. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2558;32(1):6-16.
15. นวพร มามาก, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติเพื่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารกองการพยาบาล. 2559;43(3):114-126.
16. อาริรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, สมลักษณ์ ศรีวิริย. รูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2560;28(2):29-41.
17. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด: บทบาทพยาบาลและครอบครัว. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2562;12(1):1-13.
18. ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Yamane) 2563 [สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงจาก: <https://hpc11.go.th/me-working-age/yamane/index>
19. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. [Internet]. 1976 [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://www.jstor.org/journal/jmarriagefamily>
20. ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย, จันทรเพ็ญ ชินคำ, อัจฉรา วรลุน, สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกและครอบครัว. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(3):99-112.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้รับการตรวจสุขภาพ
ประจำปีเชิงรุกของศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2566

Prevalence and Factors related to Metabolic Syndrome in health examination recipient
at Health Promotion Center Region 6, 2023.

(Received: June 22,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 26,2024)

มนสิชา เปลียนเพ็ง¹, สลิลทิพย์ โกพลรัตน์¹

Monsicha Plianpeng¹, Salinthip Kophonrat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบศึกษาย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกของศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์จากข้อมูลผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 377 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิผลตรวจสุขภาพประจำปี วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์หาความสัมพันธ์

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 76.4 พบมากช่วงอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 51.7 น้ำหนักเกินร้อยละ 56.8 เส้นรอบเอวเกินส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 41.9 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.7 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่วนใหญ่เพศชายร้อยละ 40.9 ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงส่วนใหญ่เพศชายร้อยละ 26.1 ความชุกของการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยรวมร้อยละ 14.0 ส่วนใหญ่เพศชายร้อยละ 17.2 พบมากช่วงอายุ 45-60 ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง,ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงและความดันโลหิตสูง อายุกับระดับน้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง, กิจกรรมทางกายกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง

คำสำคัญ : ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Abstract

The Survey Research by Retrospective study aimed to study the prevalence of metabolic syndrome and find out the factors that correlate with the occurrence of metabolic syndrome in the recipients of proactive annual health checkups of Health Promotion Center Regional 6, Chonburi. The sample was selected based on the data of people over the age of 35 years, a total of 377 people. Collect data using secondary data on the results of the annual health check-up. Use descriptive statistics and analyze chi-square statistics to find correlations.

The results showed that the majority is women, which is 76.4 percent. Most common in the age group of 35-44, 51.7 percent. Overweight 56.8 percent. Excess waist circumference is mostly female, 41.9 percent. High blood pressure is 33.7 percent. High blood sugar levels are mostly males, 40.9 percent. High triglyceride levels are mostly males, 26.1 percent. The prevalence of metabolic syndrome is 14.0 percent. Most of them are males which is 17.2 percent, most common in the age range of 45-60 years. Statistically significant factors related to the occurrence of metabolic syndrome include sex with high blood sugar levels, High triglyceride levels, and high blood pressure. Age with high blood sugar levels and high blood pressure. Physical activity with high blood sugar levels.

Keywords: Metabolic syndrome, prevalence, associated factors

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย

บทนำ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่นับวันยิ่งทวีคูณ เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยโรคอ้วนลงพุง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและระดับไขมันในเลือดสูง ที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้มีสุขภาพะดลงและการตายก่อนวัยอันควร อาจเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การบริโภคอาหารหวาน ทานผักและผลไม้ น้อย นอนหลับพักผ่อนน้อย ขาดการออกกำลังกาย¹ จากข้อมูลกรมอนามัยปี 2565 พบว่าสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม² ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงานปี 2563 กรมอนามัยพบว่า มีการบริโภคที่เหมาะสมเพียงร้อยละ 8.1 มีการเคลื่อนไหวออกแรงที่เหมาะสมเพียงร้อยละ 22.9 กรมอนามัยได้ดำเนินการภายใต้โครงการพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ส่งเสริมวัยทำงาน หุ่นดี สุขภาพดี สามารถเป็นกำลังหลักสำคัญในการพัฒนาประเทศ ดูแลครอบครัวและเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ³ ปัจจุบันมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อยู่ด้วยกันหลายเกณฑ์ เช่น NCEP ATPIII 2001 ต้องมีองค์ประกอบ 3 ใน 5 ข้อ คือระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ≥ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ≥ 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความดันโลหิตสูง $\geq 130/85$ มิลลิเมตรปรอท เส้นรอบเอว ในเพศหญิง > 88 และ > 104 เซนติเมตร ในเพศชาย และระดับไขมันเอชดีแอล ≤ 50 ในเพศหญิงและ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศชาย, The International Diabetes Federation (IDF) 2005 ต้องมีภาวะอ้วนลงพุง ร่วมกับ 2 ใน 4 องค์ประกอบ คือ ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ≥ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ≥ 100

มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความดันโลหิตสูง $\geq 130/85$ มิลลิเมตรปรอท และระดับไขมันเอชดีแอล ≤ 50 ในเพศหญิงและ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศชาย และเกณฑ์ดัดแปลงของ NCEP ATPIII 2005 โดยเปลี่ยนระดับน้ำตาลในเลือดให้เท่ากับเกณฑ์ของ IDF และเปลี่ยนเส้นรอบเอวเป็นเพศหญิง ≥ 80 และ ≥ 90 เซนติเมตรในเพศชาย⁴ การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้เกณฑ์ดัดแปลงของ NCEP ATPIII 2005 มีเกณฑ์วินิจฉัย 3 ใน 5 ข้อเพราะเป็นเกณฑ์ที่คัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ไม่ต้องมีภาวะอ้วนลงพุงตามเกณฑ์ของ IDF

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก ซึ่งการตรวจสุขภาพช่วยให้สามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงได้เร็ว ทำให้สามารถส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวได้เหมาะสมในการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ได้ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี กลุ่มปกติไม่กลายเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงไม่กลายเป็นกลุ่มป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบศึกษาย้อนหลัง (Survey Research by Retrospective study) กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์จากข้อมูลผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 377 คน ใช้ข้อมูลทุติยภูมิผลตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อศึกษาความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึง พฤษภาคม 2567 ใช้ข้อมูลทุติยภูมิผลตรวจ

สุขภาพประจำปี ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ความดันโลหิต การบริโภคผัก กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และระดับไขมันเอชดีแอล การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้เกณฑ์คัดแปลงของ NCEP ATPIII 2005 มีเกณฑ์วินิจฉัย 3 ใน 5 ข้อ ในการหาความชุก เก็บรวบรวมข้อมูล ผลการตรวจสุขภาพประจำปีทั้งหมดในปีงบประมาณ 2566 และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ นำมาหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์หาความสัมพันธ์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมรณนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 680 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.4 พบมากช่วงอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 51.7 น้ำหนักเกินร้อยละ 17.0 ,อ้วน 1 ร้อยละ 29.7 อ้วน 2 ร้อยละ 10.1 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.7 เส้นรอบเอวเกินเพศชายร้อยละ 39.8 เพศหญิงร้อยละ 41.9

2. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ ไม่บริโภคผักร้อยละ 4 มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่า 150 นาที/สัปดาห์ร้อยละ 59.4 พฤติกรรมการนอนหลับ 7-9 ชั่วโมง/วัน ได้ 6-7 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 39.8 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเพศชายร้อยละ 40.9 เพศหญิงร้อยละ 23.5 ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงเพศชายร้อยละ 26.1 เพศหญิงร้อยละ 11.4 และระดับไขมันเอชดีแอลเพศชาย (ตรวจ 35 คน) ระดับน้อยกว่า 40 mg/dl ร้อยละ 37.0 และเพศหญิง (ตรวจ 128 คน) น้อยกว่า 50 mg/dl ร้อยละ 37.8

3. ความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรม วิเคราะห์ตามเกณฑ์คัดแปลงของ NCEP ATPIII

2005 ใช้เกณฑ์วินิจฉัย 3 ใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความยาวรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด, และระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และระดับไขมันเอชดีแอลในผู้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกของศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2566 พบว่า

เมื่อวิเคราะห์ 3 ใน 5 องค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 163 คน เพศชาย 35 คน เพศหญิง 128 คน มีความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยรวมร้อยละ 14.0 เมื่อแบ่งตามเพศพบว่า เพศชายมากกว่าเพศหญิง คือเพศชายร้อยละ 17.2 และเพศหญิงร้อยละ 13.3 และเมื่อเปรียบเทียบตามช่วงอายุ เพศชายพบมากช่วงอายุ 45 - 55 ปี ร้อยละ 30.8 ซึ่งพอกับในช่วงอายุ 55 - 60 ปี คือร้อยละ 28.6 และไม่พบเลยในช่วงอายุ 35 - 44 ปี ส่วนในเพศหญิงพบมากในช่วงอายุ 45 - 55 ปี ร้อยละ 19.1 ช่วงอายุ 55-60 ปี ร้อยละ 17.3 และพบน้อยช่วง 35 - 44 ปี ร้อยละ 7.9

เมื่อวิเคราะห์ 3 ใน 4 องค์ประกอบ (ไม่ได้ตรวจ ระดับไขมันเอชดีแอล) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 คน มีเพศชายทั้งหมด 53 คน และเพศหญิงทั้งหมด 161 คน มีความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยรวมร้อยละ 15.4 เมื่อแบ่งตามเพศพบว่า ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายร้อยละ 30.2 และเพศหญิงร้อยละ 10.6 และเมื่อแบ่งตามช่วงอายุ เพศชายพบมากช่วงอายุ 55 - 60 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือช่วงอายุ 35 - 44 ปี ร้อยละ 32.0 ซึ่งเหมือนกับในเพศหญิงพบมากช่วงอายุ 55 - 60 ปี ร้อยละ 15.6 รองลงมาคือช่วงอายุ 35 - 44 ปี ร้อยละ 10.9

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

เพศมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.01$ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงพบมากในชายร้อยละ 40.9 และระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงพบมากในชายร้อยละ 26.1 มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตอย่างมี

นัยสำคัญที่ $P < 0.00$ ความดันโลหิตสูงพบมากในชายร้อยละ 52.3 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับรอบเอวเกินและไขมันเอชดีแอล

ช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่าช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมี

กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบว่ากิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.04$ พบว่ามีกิจกรรม

นัยสำคัญที่ $P < 0.05$ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงพบมากในช่วงอายุ 55-60 ปี ร้อยละ 35.1 และช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.00$ โดยค่าความดันโลหิตสูงพบมากในช่วงอายุ 55-60 ปี ร้อยละ 50.6

ทางกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ 24.1 พบว่าการนอนหลับและการบริโภคผักไม่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ความสัมพันธ์กิจกรรมทางกายกับองค์ประกอบภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ตัวแปร		กิจกรรมทางกาย		X ² -test
		≥ 150	< 150	
FBS (mg/dl)	< 100 มก./ดล.	103(67.3)	170(75.9)	X ² -test =3.344 P < 0.04*
	≥100 มก./ดล.	50(32.7)	54(24.1)	
TG (mg/dl)	< 150 มก./ดล.	126(82.4)	195(87.1)	X ² -test =1.588 P > 0.05
	≥ 150 มก./ดล.	27(17.6)	29(12.9)	
BP (mmHg)	<130/85 มม.ปรอท	98(64.1)	152(67.9)	X ² -test =0.589 P > 0.05
	≥130/85 มม.ปรอท	55(35.9)	72(32.1)	
รอบเอว(ซม.)	< 80ซ.ม. (หญิง) < 90 ซ.ม. (ชาย)	78(51.0)	143(63.8)	X ² -test = 6.197 P > 0.05
	≥80 ซ.ม.(หญิง) ≥ 90 ซ.ม. (ชาย)	75(49.0)	81(36.2)	
HDL-c (mg/dl)	> 50 มก./ดล. เพศหญิง > 40 มก./ดล.(ชาย)	11(4.9)	10(6.5)	X ² -test = 0.659 P > 0.05
	≤50 มก./ดล. เพศหญิง ≤ 40 มก./ดล(ชาย)	87(38.8)	55(35.9)	

หมายเหตุ - HDL-c ตรวจทั้งหมด 163 คน จาก 377 คน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงพบมากช่วงอายุ 35-44 ปี ค่าดัชนีมวลกายมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 56.8 พบรอบเอวเกินทั้งเพศหญิงและเพศชายมากถึงร้อยละ 39.8 และ 41.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคผักเป็นประจำ มีกิจกรรมทางกายเหมาะสมครึ่งหนึ่งของผู้ตรวจสุขภาพ นอนหลับเพียงพอเล็กน้อย เริ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่วนใหญ่เพศชายมากกว่าเพศหญิง ความชุกภาวะ

เมตาบอลิกซินโดรม ตามเกณฑ์ดัดแปลงของ NCEP ATPIII 2005 วินิจฉัย 3 ใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด, และระดับไขมันในเลือดไตร-กลีเซอไรด์ และระดับไขมันเอชดีแอล เมื่อวิเคราะห์ 3 ใน 5 องค์ประกอบ พบมีความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยรวมมากถึงร้อยละ 14.0 โดยพบเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชายพบมากช่วงอายุ 45-60 ปี ไม่พบเลยในช่วงอายุ 35 - 44 ปี เช่นเดียวกับเพศหญิง เมื่อวิเคราะห์ 3 ใน 4 องค์ประกอบ พบมี

ความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยรวมร้อยละ 15.4 พบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับ วิเคราะห์ 3 ใน 5 องค์ประกอบ ชายพบมากช่วง อายุ 55 - 60 ปี ซึ่งเหมือนกับในเพศหญิง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับ องค์ประกอบของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับไขมันไตร กลีเซอไรด์และความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับรอบเอวเกินและระดับ ไขมันเอชดีแอล ช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับ องค์ประกอบภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดและค่าความดัน โลหิตอย่างมีนัย สำคัญ กิจกรรมทางกายมี ความสัมพันธ์กับองค์ประกอบภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ การนอนหลับและการบริโภคผักไม่มีความสัมพันธ์ กับองค์ประกอบภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

จากผลการศึกษาที่ได้ทำให้ทราบความชุก ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่ยังนับว่าเป็นปัญหา สุขภาพที่ต้องได้รับทาง แก่ไขโดยพบว่าปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม คือ เพศ อายุ และการมีกิจกรรมทางกาย ดังนั้น จึงควร ส่งเสริมการออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกาย อย่างเหมาะสม สมกับเพศและอายุ ให้มีความ สม่าเสมอเป็นประจำ เพื่อป้องกันภาวะเมตาบอลิก ซินโดรมหรือภาวะอ้วนลงพุง โดยพบเพศชาย มากกว่าเพศหญิง ช่วงอายุจะพบมากในช่วงอายุ 55-60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ แดน สุวรรณะรุจิ ที่ศึกษาปัจจัยกำหนดภาวะ Metabolic Syndrome ของตำรวจไทยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ การเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม คือ เพศชายสูง กว่าเพศหญิง 2.31 เท่า อายุที่มากขึ้นมีโอกาเสี่ยง ต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเพิ่มขึ้น การมีอายุมาก ขึ้นอธิบายได้จากผลของการมีภาวะอ้วนลงพุง หรือ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจนเกินมาตรฐาน จากการที่ ร่างกายมีประสิทธิภาพ การเผาผลาญอาหารลดลง พบว่าการมีดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นมีโอกาเสี่ยงต่อ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเพิ่มขึ้น พบว่าน้ำหนัก

ตัวที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 2.25 กิโลกรัมในช่วง 16 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะนี้เพิ่มขึ้น 1.45 เท่า⁵ ดังนั้นควรพัฒนาส่งเสริมสุขภาพจึงควรมีการ ป้องกันอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันภาวะเมตาบอลิก ซินโดรม และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ เกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพให้มีกิจกรรม ทางกายหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กล่าวคือควรมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือ 30 นาทีต่อวัน โดยพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดสูง,ระดับ ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงและความดันโลหิตสูง ซึ่ง พบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิงซึ่งจากข้อมูล สุขภาพพบว่าเพศชายมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่า เพศหญิงสอดคล้องกับผลความชุกโดยรวมพบว่า เพศชายมากกว่าเพศหญิงเช่นกันซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของอนวัช วิเศษบริสุทธิ์ที่ศึกษาภาวะ เมตาบอลิกซินโดรมในบุคลากรโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่พบว่า ความชุกของภาวะเม ตาบอลิกซินโดรมร้อยละ 16.1 พบความชุกในเพศ ชาย (ร้อยละ 26.5) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 13.7) ($P < 0.001$) อายุมีความสัมพันธ์กับระดับ น้ำตาลในเลือดสูงและค่าความดันโลหิตสูง (มาก ที่สุดช่วงอายุ 55-60 ปี), กิจกรรมทางกายมี ความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดสูงและพบว่า การนอนหลับและการกินผักไม่มีความสัมพันธ์กับ การเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม⁶ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของไพบูรณ์ จิตกุลที่ศึกษาความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเมตาบอลิก ซินโดรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ ประวัติโรค ไขมันในเลือดสูงของคนในครอบครัวและกิจกรรม ทางกาย⁷

ข้อเสนอแนะ

ควรนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในตรวจสุขภาพหรืองานอื่นที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานและกำหนดกิจกรรม โดยเชิงนโยบาย ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ควรเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการออกกำลังกายและนโยบายเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้กับประชาชน เช่น จัดให้มีสถานที่สำหรับออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดี ไร้พุง ข้อเสนอแนะครั้งต่อไปควรพัฒนารูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม สร้างความตระหนักถึงความสำคัญที่ต้องดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจังมากขึ้น เพื่อไม่นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้จากความสนับสนุนอย่างดีจากคณะผู้บริหารของศูนย์อนามัยที่ 6

นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศ ผู้อำนวยการ นางศิริพร จริยาจิรวัฒนา หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ นางสาวจิรัฏฐศรี สุวรรณบำรุงชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นางวรรณภาพร งามศิริ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และนางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการดำเนินงานและให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์อย่างมาก รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ ช่วยตรวจสอบงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงใคร่ขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณบุคลากรงานตรวจสุขภาพประจำปี กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวถึงที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี คุณค่าประโยชน์ของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นแนวทางในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพประชาชนคนไทยทั้งในและนอกโรงพยาบาล อันเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพผู้รับบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หลัก3อ-2ส-1พ-1น” ลดภาวะอ้วน ในวัยทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย 2566]. เข้าถึง จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/300465/>
2. วริยา บุญทองและพัชรา พลเยี่ยม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 6. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย 2566]. เข้าถึงจาก: <https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/general-of-3/download/?did=207681&id=80295&reload=>
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี(พ.ศ. 2566-2570). [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [สืบค้นเมื่อ18 ก.พ 2566]. เข้าถึงจาก: https://planning.anamai.moph.go.th/th/doh-strategic-plan/download?id=98514&mid=35346&mkey=m_document&lang=th&did=29498
4. ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. Metabolic Syndromeภาวะโรคอ้วนลงพุง. [สารราชวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ. อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย; 2549.
5. แดน สุวรรณะจุติ. ปัจจัยกำหนดภาวะ Metabolic Syndrome ของตำรวจไทย.วารสารประชากรศาสตร์ ปีที่ 34. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้น เมื่อ 15 พ.ค 2564]. เข้าถึงจาก: <http://www.cps.chula.ac.th/newcps/journalnew/myfilepdf/34-4-6-2561.pdf>
6. อนวัช วิเศษวิสุทธิ. ภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากร โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. [วารสารประชากรศาสตร์]. 2561. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค 2564]. เข้าถึงจาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/179439/127430>

7. ไพบูรณ์ จัตกุล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. [ศรีนครินทร์เวชสาร]. 2564.
8. Jongkol, P., Piyamitr. S., & Kulaya, N. Prevalence and Factors Associated with Metabolic Syndrome among a Group of Thai Working Population: a Cross Sectional Study. J Med Assoc Thai Vol. 96 Suppl. 5 2013 S33. [Online]. 2013 [Retrieved March 5,2024]. from <https://www.thaiscience.info/journals/Article/JMAT/10905973.pdf>
9. Tangpong J, Triapiruk U, Chunglok W, et al. Prevalence of metabolic syndrome in Walailak University personnel. J Health Res 2551; 22 :173 - 179.
10. สุนีย์ วงศ์เจริญ. การศึกษาความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในกลุ่มเจ้าหน้าที่กรมอนามัยที่ทำงานในส่วนกลาง จังหวัดนนทบุรี กระทรวงสาธารณสุขปี 2552. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2552; 33 (1) 100-111.
11. พลากร พุทธิรักษ์, สุดาวดี คงขำ, พิไลวรรณ ศิริพฤกษ์พงษ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะ metabolic syndrome ในกลุ่มบุคลากร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2555; 30(3) 123-134.
12. แหลมทอง แก้วตระกูลพงศ์. Metabolic Syndrome: Prevalence in Si Chiang Mai District, Nong Khai Province, Thailand. J Trop Med Parasitol 2551; 31:41-47.

สถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแรกเกิดของทารก ในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2565

THE SITUATION OF MOTHERHOOD SELF-CARE AFFECT ON CONDITION OF THE NEWBORN IN REGION OF HEALTH 6, 2022.

(Received: June 22,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 26,2024)

นุชจรินทร์ พูลสวัสดิ์¹,สุปวีณา พละศักดิ์²
Nuchjarin Poolsawat¹,Supawina Palasak²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแรกเกิดของทารกในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2565 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ เด็กปฐมวัย อายุ 9 เดือน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน และพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 482 คน ในเขตสุขภาพที่ 6 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และแบบสอบถาม แม่พ่อหรือผู้ดูแลเด็กที่มีความสัมพันธ์ ทางสายโลหิตกับเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ chi – square (χ^2 - test)

ผลการศึกษา พบว่า การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์มี ความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดของทารก* การคลอดอายุครรภ์เมื่อคลอด มีความสัมพันธ์กับ น้ำหนักแรกเกิด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก* วิธีการคลอดมีความสัมพันธ์กับ ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 1 นาที และที่ 5 นาที* โรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อน หลังคลอดของทารก* ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก* การ ติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ของมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก* การได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์มี ความสัมพันธ์กับภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 1 นาที และ ที่ 5 นาที และ โรคประจำตัวของทารกแรกเกิด* (*=p<0.05)

คำสำคัญ : การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์, ภาวะแรกเกิดของทารก

Abstract

This survey research with the objective of studying the situation. Motherhood self-care affect on condition of the newborn in region of health6 ,2022. The sample group in the study was early childhood children aged 9 months to 5 years 11 months 29 days and parents or caregivers of children in Health Zone 6 , a total of 482 people. Tools used include: Maternal and child health record books and questionnaires for mothers, fathers, or caregivers of children who have a same linaye with children. Data were analyzed using descriptive statistics. and find the relationship using the chi – square (χ^2 - test)

The results of the study found that quality prenatal care was completed 5 times according to the criteria. related to infant birth weight* Birth and gestational age at birth are related to Birth weight and postpartum complications of infants* The method of delivery is related to Oxygen status at birth at 1 minute and at 5 minutes* Gestational diseases are related to birth weight and postnatal complications of the baby* Gestational complications are related to birth weight. and the main complications of childbirth* infection during pregnancy of the mother It is associated with complications after the birth of the baby.* Receiving the supplement during pregnancy is related to oxygen status at birth, at 1 minute and at 5 minutes and congenital diseases of newborns* (*=p<0.05).

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

Keywords: self-care during pregnancy, newborn baby's condition

บทนำ

การดูแลสุขภาพตนเองระหว่างตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะจะส่งผลต่อทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์หรือฝากครรภ์เร็วถือเป็นเรื่องสำคัญ การดูแลสุขภาพที่ถูกต้องระหว่างที่ตั้งครรภ์ถือเป็นการใส่ใจดูแลสุขภาพของแม่ในช่วงตั้งครรภ์ ที่บ่งบอกถึงความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์ พัฒนาการที่ดีของลูกในครรภ์ รวมไปถึงสุขภาพที่ดีของแม่และลูกนับตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และเพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทารกในครรภ์มีพัฒนาการที่ดี แม่ตั้งครรภ์ควรใส่ใจดูแลตัวเองในเรื่องหลัก ๆ ดังนี้คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การกระตุ้นพัฒนาการลูกในครรภ์ และที่ขาดไม่ได้คือการใส่ใจกับการฝากครรภ์ เพราะจะได้รับการตรวจร่างกาย และการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การติดตามการเจริญเติบโตและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กในครรภ์ และเพื่อให้ทารกคลอดออกมาอย่างสมบูรณ์แข็งแรงปลอดภัย¹

นอกจากการใส่ใจกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และการได้รับการฝากครรภ์ ยังพบว่าอายุของแม่ ขณะตั้งครรภ์ การได้รับยาบำรุงครรภ์ การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนและ การ ติดเชื้อของแม่ขณะตั้งครรภ์ก็มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนของทารกอันจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตต่อไป เช่น แม่ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และยังไม่เคยมีบุตรมีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย² การได้รับยาบำรุงขณะ ตั้งครรภ์ โดยเฉพาะไอโอดีนที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาสมองและระบบประสาท ถ้าระหว่างตั้งครรภ์แม่ไม่ได้รับ หรือได้รับไม่เพียงพอก็จะส่งผลให้ ทารกเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือพิการกำเนิดทารกมีสติปัญญา

ลดลง ออทิสติก เมื่อโตขึ้นส่งผลทำให้ความเจริญทางร่างกายช้า การเจริญเติบโตทางสมองช้า³ ส่วนในระหว่างตั้งครรภ์แม่มีโรคประจำตัว ได้รับเชื้อหรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น ย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อ ทารกที่อยู่ในครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำหนักตัวมากหรือน้อยกว่าปกติ และการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็นต้น ซึ่งการติดเชื้อของทารกในช่วงปริกำเนิดที่สำคัญ ได้แก่ เอช ไอ วี หัดเยอรมัน เชื้อสกุ ก ไล ส Cytomegalovirus (CMV) และ Toxoplasmosis เป็นต้น ซึ่งเชื้อบางชนิดก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบประสาท และก่อให้เกิดความพิการต่อทารกได้ จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้พบว่าการฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อและพฤติกรรมของแม่ ขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนของทารก สามารถทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย คลอดก่อนกำหนด ขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด และมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดซึ่งสิ่งดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อ การ เจริญเติบโตของเด็กตามมา โดยเฉพาะในทารกที่คลอดก่อนกำหนดหรือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย^{4,5} จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนของทารก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อให้เด็กไทยเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทารกในเขตสุขภาพที่ 6

วิธีการศึกษา/ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยสถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทารก ในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2565 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ของแม่ในปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทารก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ บิดา หรือ มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือน อย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย ที่อาศัยในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2565 ประกอบด้วยจังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2.1 บิดา หรือ มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

2.2 เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) มีสัญชาติไทย 2) ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง Cerebral palsy) ออทิสติก ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 3) เด็กที่ไม่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก 4) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการประเมินพัฒนาการจนเสร็จสมบูรณ์ 5) มีประวัติในสมุดบันทึกสุขภาพพ่อแม่ และเด็ก 6) ได้รับการยินยอมจาก พ่อแม่หรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูลและประเมินพัฒนาการ

คำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด ด้วยความเชื่อมั่น 95% และความผิดพลาดสูงสุดในการประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของสสยพัฒนาการล่าช้าไม่เกิน

10% ของความชุกดังกล่าว โดยใช้สูตร (Krejcie & Morgan, 1970) ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha}^2 P(1-P) + (N-1)E^2}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z = ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (เท่ากับ 1.96)

N = จำนวนเด็กแรกเกิด- 5 ปี 29 วัน (ข้อมูลกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.ปี 2562)

P = สัดส่วนของจำนวนเด็กแรกเกิด- 5 ปี 29 วัน เท่ากับ 0.5

E = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ 0.05

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 496 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เด็กปฐมวัยและผู้เลี้ยงดูหลัก ในชุมชนหมู่บ้าน, สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย, โรงเรียน, สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ในเขตสุขภาพที่ 6 เก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนที่กำหนด โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Stratified Multi-stage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย เขตสุขภาพที่ 6 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้าน อายุ/ระดับการศึกษา/อาชีพของแม่ พ่อ และผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้านมากกว่า 6 ชั่วโมง (ไม่ใช่ผู้เลี้ยงดูเด็กในศูนย์เด็กเล็ก), ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว (ที่เด็กอาศัยอยู่), สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก, การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนา ดังนี้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านแม่ ขณะตั้งครรภ์ แม่ของเด็ก อายุ (ปี), ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ (สัปดาห์), อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์), ลักษณะการคลอด, สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เก็บข้อมูลดังนี้

2.1 ข้อมูลแม่ : ปัญหาขณะตั้งครรภ์, โรคประจำตัว, ภาวะแทรกซ้อน, การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์, การได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์, ผล Hct. ของแม่ ครั้งที่ 1 (%), ครั้งที่ 2 (%)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเด็กปฐมวัย

3.1 เด็กเกิดวันที่ (นับถึงวันที่สัมภาษณ์), เพศ, น้ำหนักแรกคลอด (กรัม), ภาวะออกซิเจนแรกคลอด (Apgar score) ที่ 1 นาที - ที่ 5 นาที, ปัจจุบันเด็กมีน้ำหนัก (กิโลกรัม) ความยาว/ส่วนสูง (เซนติเมตร) (วันสัมภาษณ์)

3.2 เด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาล, ปัจจุบันเด็กมีโรคประจำตัว หรือไม่ (ตามที่แพทย์วินิจฉัย), ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา เด็กเคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล หรือไม่

3.3 ผล Hct. ของเด็กอายุ 6-12 เดือนเท่ากับ (%) เด็กอายุ 3 – 5 ปี เท่ากับ (%)

3.4 เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กหรือไม่

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM

4.1 ได้รับคู่มือ DSPM หรือไม่

4.2 ได้อ่านคู่มือแล้วหรือไม่

4.3 ถ้าอ่านแล้วอ่านอย่างไร

4.4 นำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกหรือเล่นกับเด็กหรือไม่

ส่วนที่ 5 ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก

ส่วนที่ 6 ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II) ประเมินพัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านสังคมและการช่วยตนเองด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและปรับตัวด้านภาษาและด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของพ่อ แม่หรือผู้เลี้ยงดูหลัก และเด็กปฐมวัย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้ไคสแควร์ (χ^2 test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 450/2565

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์

พฤติกรรมระหว่างตั้งครรภ์ของแม่ พบว่า แม่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี ร้อยละ 67.4 ฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 68.5 ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่คลอดครบกำหนด ร้อยละ 92.1 ด้วยวิธีคลอดปกติ ร้อยละ 58.1 ขณะตั้งครรภ์พบแม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 12.5 มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 5.2 อาการที่พบมากที่สุดได้แก่เลือดออกจากช่องคลอด ร้อยละ 41.8 โดยขณะตั้งครรภ์ได้รับยาบำรุง ร้อยละ 94.4

2. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก ภาวะสุขภาพของเด็ก ข้อมูลทั่วไปของเด็ก พบว่า เด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 482 ราย พบเป็นเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง คือ เด็กชายร้อยละ 52.7 มีอายุในช่วง 0-2 ปี ร้อยละ 54.4 และ 3-5 ปี ร้อยละ 45.6 คลอดครบกำหนดร้อยละ 92.1 โดยคลอดผิดปกติ ร้อยละ 40.9 ด้วยวิธีผ่าท้องมากที่สุด รองลงมาใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 40.3, และ 0.6 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 90.80 ตามลำดับ เด็กที่คลอดออกมามีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3027.4 กรัม น้ำหนักน้อยสุด 1240 กรัม น้ำหนักมากที่สุด 4,550 กรัม เด็กส่วนมากมีภาวะ

ออกซิเจนแรกเกิดปกติ (8-10 คะแนน) ที่ 1 และ 5 นาที ร้อยละ 97.6 และ 99.6 ตามลำดับ เด็กส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 80.7 แต่ก็มีพบว่ามีเด็กเพียงร้อยละ 19.3 ด้วยตัวเหลืองส่องไฟมากที่สุดร้อยละ 76.3 รองลงมาได้รับออกซิเจนร้อยละ 10.8 ติดเชื้อ ร้อยละ 3.2 และเด็กส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 96.1 มีเพียงร้อยละ 3.9 ที่มีโรคประจำตัวโดยพบ เด็กมีโรคประจำตัว ด้วย G6PD มากที่สุดร้อยละ 36.8 รองลงมาโรคหอบหืด ร้อยละ 21.1 โรคหัวใจ ร้อยละ 10.5

3.ความสัมพันธ์ของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่กับภาวะแรกเกิดของทารก พบว่าการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดของทารก($p=0.004$) การคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด มีความสัมพันธ์กับ

น้ำหนักแรกเกิดของทารก($p=0.000$) และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ($p=0.000$) วิธีการคลอดมีความสัมพันธ์กับ ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 1 นาที และ ที่ 5 นาที ($p=0.000$) โรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ น้ำหนักแรกเกิดของทารก ($=0.050$) และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก ($P=0.043$) ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดของทารก ($p=0.009$) และภาวะแทรกซ้อนหลักคลอดของทารก ($p=0.000$) การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ($p=0.000$) การได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ของมารดามีความสัมพันธ์กับภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 1 นาที และ ที่ 5 นาที ($p=0.000$) และ โรคประจำตัวของทารกแรกเกิด ($p=0.007$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์กับภาวะแรกเกิดของทารก (p-value)

การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่	ภาวะแรกเกิดของทารก				
	น้ำหนักแรกเกิด	ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิด		ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	โรคประจำตัว
		1 นาที	5 นาที		
1. อายุเมื่อตั้งครรภ์	0.217	0.615	0.628	0.795	0.347
2. การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	0.172	0.174	0.193	0.813	0.328
3. การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง	0.004	0.614	0.639	0.637	0.237
4. การคลอด	0.000	0.767	0.865	0.000	0.570
5. วิธีการคลอด	0.687	0.000	0.000	0.999	0.345
6. โรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์	0.050	0.598	0.572	0.043	0.328
7. ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	0.009	0.839	0.831	0.000	0.267
8. การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์	0.056	0.977	0.978	0.000	-
9. การได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์	0.116	0.000	0.000	0.954	0.007

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่ มีความสัมพันธ์กับภาวะแรกเกิดของคือ การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ การฝากครรภ์ที่จะเกิดประโยชน์มากต่อการตั้งครรภ์คือ การฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ และฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง จะช่วยให้สามารถค้นพบความ

ผิดปกติของภาวะสุขภาพแม่ระหว่างการตั้งครรภ์ รวมทั้งได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และเตรียมความพร้อมของแม่ก่อนคลอด ซึ่งเมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง พบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดของทารก โดยพบว่า แม่ที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ เด็กจะมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 (90.8%) ซึ่ง

แสดงให้เห็นว่าการได้รับการฝากครรภ์เร็วและมีคุณภาพมีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของทารกเป็นอย่างมาก ดังนั้นหน่วยงานที่หน้าที่รับผิดชอบดูแลและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญในการให้ความรู้และสร้างกระแสให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญต่อการมาฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ รวมถึงการจัดกิจกรรมการให้บริการการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพพร้อมด้วย

การคลอดเมื่อครบกำหนด (Full term labor) หรือการสิ้นสุดของการตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ถึง 42 สัปดาห์ เป็นการบ่งบอกถึงความพร้อมและความสมบูรณ์ของภาวะร่างกายทารกทำให้น้ำหนักของทารกอยู่ในเกณฑ์ที่พร้อมคลอด คือ มากกว่า 2,500 กรัมขึ้นไป (90.8%) เมื่อทารกที่อยู่ในครรภ์มีความพร้อมในการคลอดทำให้ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (80.7%) เช่น ตัวเหลือง ส่องไฟ ได้รับออกซิเจน ใส่ท่อช่วยหายใจ และไม่มีโรคประจำตัว (96.1%) เช่น G6PD โรคหัวใจ และชัก เป็นต้น แต่ทารกที่คลอดก่อนกำหนด พบว่า จะมีปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายทารก ซึ่งที่พบบ่อย เช่น น้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) มีพัฒนาการล่าช้า โดยวนมากทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดจะมีพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าเด็กที่คลอดครบกำหนด แต่จะเป็นแค่ช่วงแรกเท่านั้น หลังจากนั้นพัฒนาการของทารกจะกลับเข้าสู่ปกติ การนี้ การคลานก็เหมือนทารกทั่วไป แต่ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะเดินได้ช้ากว่าเด็กทั่วไป ประมาณ 2 เดือน และ 80% ของทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีพัฒนาการที่เป็นปกติเมื่ออายุครบ 2 ปี

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า วิธีการคลอด โดยการคลอดปกติ (58.1%) มีความสัมพันธ์กับ ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 1 นาที และ ที่ 5 นาที ซึ่งให้เห็นว่า วิธีการคลอดของมารดามีความสำคัญกับต่อภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดของทารก โดยปกติทารกจะคลอดได้เองทางช่องคลอด เมื่ออายุครรภ์

ครบกำหนดคลอดในลักษณะที่ศีรษะทารกคลอดออกมาก่อนและเอาท้ายทอยอยู่ทางด้านหน้าของช่องเชิงกราน กระบวนการคลอดเป็นไปได้อย่างอิสระตามธรรมชาติ ระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง ส่วนการคลอดผิดปกติ คือ การผ่าท้องคลอด การใช้เข็มทำคลอด และการใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด ซึ่งการคลอดผิดปกติเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ภาวะน้ำคร่ำมีขึ้นหรือยุบ การคลอดที่ส่วนหน้าไม่ใช่ศีรษะ ทารกติดไหล่ ภาวะสายสะดือถูกกด ทารกอยู่ในภาวะเครียด ซึ่งข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการในการคลอดขึ้นกับสภาพผู้คลอด⁸ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถรู้ล่วงหน้าจากการเฝ้าระวังสังเกตและติดตามการตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นปัจจัยเกิดก่อนหรือเกิดขึ้นขณะคลอด ดังนั้นถ้าทราบปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่แรกและได้มีการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้คลอดและทารกในครรภ์อย่างเหมาะสมก่อนคลอดจะทำให้การเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดของทารกลดลง

ภาวะสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ของแม่มีความสำคัญอย่างยิ่ง หากแม่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์จะทำให้เกิดผลกระทบต่อทารกที่อยู่ในครรภ์ กล่าวคือ ความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น แท้งคุกคาม รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น และความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว ของแม่ขณะตั้งครรภ์ เช่น แม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด ลมชัก ธัยรอยด์เป็นพิษ เลือดจาง SLE เป็นต้น จะส่งผลให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของภาวะร่างกายของทารก อันส่งผลให้มีปัญหาตามมาคือ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ในการวิจัยนี้พบว่าแม่ที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่มี ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ทำให้เด็กไม่มีภาวะแทรกซ้อนของทารก ซึ่งสอดคล้องกับ และจากการศึกษาของศรีธมา กาญจนสิงห์ และคณะ⁹ ที่แสดงให้เห็นว่า การที่แม่ไม่มีโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มี

ความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทารก ในขณะที่แม่ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ มีเด็กคลอดก่อนกำหนดเพียง (7.9%) น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (9.2%) และมีภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกคลอดที่ 1 และ 5 นาที (2.4%) และ (0.4%) ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบความรุนแรงของปัญหาจะเห็นได้ว่า แม่ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์มีความรุนแรงของปัญหามากกว่าแม่ที่มีโรคประจำตัว ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับระบบการเฝ้าระวังขณะตั้งครรภ์ และการประเมินภาวะเสี่ยงของแม่ตั้งครรภ์อย่างจริงจัง รวมทั้งให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความสำคัญ ของการฝากครรภ์

การได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะยาบำรุงเสริมไอโอดีน ซึ่งเป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาสมองเด็กในครรภ์ ซึ่งขณะตั้งครรภ์ความต้องการธาตุเหล็กมีเพิ่มมากขึ้นเพื่อช่วยสร้างเม็ดเลือดแดงในขณะตั้งครรภ์ โดยจะมี การส่งธาตุเหล็กจากมารดาสู่ทารกและรก ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการทำงานของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่เป็นตัวนำออกซิเจนไปสู่ทารกในครรภ์ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าธาตุเหล็กจำเป็นต้องให้ในมารดาที่ตั้งครรภ์ โดยให้ได้เป็นธาตุเหล็กอย่างน้อยวันละ 7 มก. และจากการศึกษาพบว่า การที่ได้รับยาบำรุงเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ (94.4%) มีความสัมพันธ์กับภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 1 และ 5 นาที ซึ่งสอดคล้องกับ และจากการศึกษาของศรีรัชมา กาญจนสิงห์ และคณะ⁹ ดังนั้นในกระบวนการของการฝากครรภ์สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ จึงควรให้ความสำคัญกับการจ่ายยาบำรุงครรภ์เสริมไอโอดีน รวมทั้งให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์ในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1. ดาวาว. แม่ท้องกับลูกน้อยในครรภ์ (รักลูก). เรื่องน่ารู้คุณแม่. กระปุกดอทคอม. 2565. เข้าถึงเมื่อ มกราคม 2565, เข้าถึงได้จาก <http://baby.kapook.com/view56071.html>.2565.
2. CRYOVIVA.ภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์กับสิ่งที่แม่ต้องรู้.เข้าถึงเมื่อ มกราคม 2565, เข้าถึงได้จาก <https://cryoviva.com/>.2565.

จากผลการศึกษาที่ได้ทำให้ทราบว่า การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแรกเกิดของทารกคือ การฝากครรภ์คุณภาพ การคลอด การมีโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนของแม่ขณะตั้งครรภ์ การได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ ดังนั้น จึงควร สนับสนุนการตั้งครรภ์เมื่อพร้อม และได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพรวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและโรคประจำตัวรวมทั้ง นโยบายสนับสนุนการได้รับยาบำรุงตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้ภาวะแรกเกิดของทารกมีคุณภาพ จึงมีข้อเสนอแนะในแต่ละภาคส่วนดังนี้

ระดับกระทรวงสาธารณสุขสุขควร MOU กำหนดนโยบายที่สำคัญ ครอบคลุมต่อการให้บริการที่ทั่วถึงทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น นโยบายการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแสการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ครบ (ฝากครรภ์คุณภาพ)

ระดับเขตสุขภาพ กำหนดมาตรการติดตาม ส่งเสริมการการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพ และสะท้อนปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของอนามัยแม่และเด็กระดับเขต มีการขับเคลื่อนงานร่วมกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ระดับเขต และสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนผ่านโครงการสำคัญโดยเน้นงานอนามัยแม่และเด็กในเรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ

ระดับสถานบริการ เฝ้าระวังคุณภาพการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ของผู้ให้บริการตามมาตรฐาน เน้นกิจกรรม โรงเรียนพ่อแม่ การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และเด็กทั้งในสถานบริการของรัฐ-เอกชนและ คลินิก ส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมัย

3. บางปะกอก. ไอโอดีนสำคัญ หญิงตั้งครรภ์ควรรู้.2565.เข้าถึงเมื่อ มกราคม 2565.https://www.bangpakokhospitalgroup.com/care_blog/.2565.
4. นครธน. เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อันตรายอย่างไร.เข้าถึงเมื่อ มกราคม 2565, เข้าถึงเมื่อ <https://www.nakomthon.com/article/detail/2565>.
5. สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ. เรื่องที่ 2 สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา : ภาวะแทรกซ้อนระหว่าง ตั้งครรภ์. โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระ เจ้าอยู่หัว. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. เล่มที่ 9. 2553. 23 หน้า.
6. สุปวีณา พลศักดิ์ และคณะ.สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของขอบครัวไทย เขตสุขภาพที่ 6 , 2560.
7. Steven R.Leuthner, Utpala (“Shonu”) G.Das. Low Apgar and the definition of birth asphyxia. *PediatrClin Am*. 2004; 51: 737-745
8. ศรีชมา กาญจนสิงห์ , วรรณภา กางกัน. วิจัยสถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทารกในประเทศไทย. ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี, 2560. 1315
9. อุไร ศิลปกิจโกศล. (2550). ปัจจัยเสี่ยงการขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดที่โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2 (3).1315

วารสาร สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ



Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2567
VOL.9 NO.2 April - June 2024

Part III

ISSN : 3027-866X (Online)
ISSN : 3027-8678 (Print)



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลายปราศจากยาสลบใน รพ. กาฬสินธุ์ เฉลิมพล พรตระกูลพัฒน์ อุทัยวรรณ จิระชีวันนัท	414
การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุสมผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหาร จากการใช้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลชุมพลบุรี พิชญา อุดมศิลป์ ,อุไรวรรณ อภินันท์ ,ตุลาการ นาคพันธ์	419
การประเมินผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุสมผลของการใช้ยาโอเมพราโซล ในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พิชญา อุดมศิลป์ ,อุไรวรรณ อภินันท์ ,ตุลาการ นาคพันธ์	430
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี สุวิมล เสาวรส ,นุชรินทร์ พูลสวัสดิ์ ,พรพรรณ เจริญวัฒนวิญญู ,รติรัตน์ วัฒนาสกุลรัตน์	439
รูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปักษิณ สารชัย ,ดวงฤทัย ชาติแพงตา	446
ผลของแรงจูงใจ การให้คุณค่า และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ของผู้เข้ารับการรักษาในคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ สุพมาภรณ์ บุญญาสุ	458
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอมือฉ่าง จังหวัดลำพูน วัชรพร ดวงแก้ว ,อรทัย ธรรมป้อม ,ธนิศา จิตนารินทร์ ,อัญชลี ศรีสุตา ,มาลีวรรณ เกษตรทัต	470
การประเมินผลลัพธ์การบริการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; รูปแบบร้านยาแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี ภาคภูมิ อินตายุว ,สุมินทร เป้าธรรม	480
การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภอสทิงพระ จังหวัดตรัง ธีรวัธ พาล	491
การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง สมยศ แสงหิ้วย้อย ,รัชนิยา จิตกรกระจำ	502
การดำเนินงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า อำเภอมือฉ่าง จังหวัดชลบุรี รัฐกานต์ พัฒน์วโรดม ,ทิพย์วรรณ จุมแพง ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว สุภัค จันทร์สองดวง	514
การพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จิรศักดิ์ คามจันทร์	533
ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในพระภิกษุสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา เปรมนิพัช แก้วร่วมเพชร	544
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี พีรสันต์ ปั่นก้อง	551
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย นิตา ประสานเกษม	562
การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย ชุตินา ล้อมประยูร ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในสถาบันบำราศนราดูร ชญานัญญ์ อ่ำพันทอง	571
	580



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การเปรียบเทียบกรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ สมพร นรขุน	591
ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสว พรรณนีย์ บัวทอง	600
ผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดซาเทียร์ จังหวัดสกลนคร จิราพร มณีปกรณ์ ,ชญาดา กลิ่นพิบูลย์ ,อัครเดช กลิ่นพิบูลย์	609
การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จินตนา อุบลทิพย์	615
ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี สุนธิทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ ,นุชจรินทร์ แก่นบุปผา ,พนาไพร โฉมงาม ,นัจจรินทร์ ผิวผ่อง ,ดวงกมล หน่อแก้ว	623
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จุฑามาศ แก้วจันดี ,เบญญภา หลงชิน ,จรินทร์ สิทธิโสม	636
ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ นักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนในเขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ทัศนียา พึ่งเฟื่อง ,สงกรานต์ กลั่นดวง	644

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 34 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน เสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจายของวัณโรค การเสริมพลังทางบวกต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระยะท้ายโรคมะเร็ง การกระตุ้นการไหลของน้ำนมในแม่หลังคลอดด้วยคลื่นเหนือเสียง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ประเมิน Pediatric Early Warning Score (PEWS) การตรวจติดตามความเค็มในอาหารด้วยเครื่องวัดเค็ม การถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากเครื่องเอกซเรย์ดิจิทัล การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะวิกฤต ผู้ป่วยแผลผ่าตัดติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก กรณีศึกษา: การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยแผลกระจกตาเสี่ยงตาบอดสูง กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม ประสิทธิภาพการทับหม้อเกลือต่อการลดลงของขนาดหน้าท้อง การประคบสมุนไพรร้อนชื้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง การพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูง สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีโรคเบาหวานร่วม แบบตรวจสอบรายการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก นวัตกรรม Save IV Line ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการและนิเทศงาน การบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลกระทบต่อระดับยารักษาโรคในช่องทางการรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณา การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำโรคปอดบวมในเด็ก กิจกรรมของการบริการแพทย์ทางไกล เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแรกเกิดของทารก ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลายปราศจากยาสลบใน รพ. กาฬสินธุ์ Flexible sigmoidoscopy without anesthesia in Kalasin hospital.

(Received: June 29,2024 ; Revised: June 30,2024 ; Accepted: June 30,2024)

เฉลิมพล พรตระกูลพิพัฒน์¹อุทัยวรรณ จิระชีวันนท์²

Chalermphon Phontrakulpipat¹ Uthaiwan Jirachewanant²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ซึ่งทำโดยอายุรแพทย์ทางเดินอาหาร รวมทั้งศึกษาข้อมูลทั่วไป วิธีการเตรียมลำไส้ ความสะอาดของลำไส้ ระยะเวลาการทำหัตถการ ผลข้างเคียง และผลการวินิจฉัยจากการส่องกล้อง รวบรวมรายงานกลุ่มผู้ป่วย (Case series) ทุกรายที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลายโดยไม่ได้รับยาสลบ ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2565 จนถึง 31 ส.ค. 2566 ไม่นับรวมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องเพื่อติดตามการรักษา

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลายโดยไม่ได้รับยาสลบทั้งหมด 18 ราย ทุกรายได้รับการวินิจฉัยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คุณภาพการเตรียมลำไส้ดีมาก

คำสำคัญ: การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทั้งหมด, ระยะห่างของการรับประทานยาระบายมื่อสุดท้ายก่อนส่องกล้องจนถึงการเริ่มส่องกล้อง, คุณภาพของการเตรียมลำไส้

Abstract

This study was survey research aimed to review patients who underwent unsedated flexible sigmoidoscopy performed by gastroenterologists at Kalasin Hospital, including general information, bowel preparation methods, bowel cleanliness, procedure duration, adverse events, and diagnostic findings. To collect the case series of all patients who underwent unsedated flexible sigmoidoscopy from January 1, 2022 to August 31, 2023, excluding patients who underwent the procedure for follow-up after treatment.

Results: A total of 18 patients underwent unsedated flexible sigmoidoscopy.

Keywords: Flexible sigmoidoscopy, complete colonoscopy, Boston bowel preparation scale, Bowel Preparation to Colonoscopy Interval.

บทนำ

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible sigmoidoscopy) เป็นการตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายตั้งแต่รูทวารหนัก (Anus, anal canal) ลำไส้ตรง (Rectum) และลำไส้ส่วนซิกมอยด์ (Sigmoid colon) โดยการใส่กล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบอ่อน (Flexible colonoscopy) เพื่อตรวจพยาธิสภาพของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายดังกล่าว มักใส่กล้องลึกประมาณ 48-55 ซม.¹ โดยทั่วไปหัตถการดังกล่าว ไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดได้แก่ Fentanyl หรือยาสลบได้แก่ Propofol

หรือเลือกใช้อาแก้ปวดหรือยานอนหลับได้แก่ Midazolam ลดอาการวิตกกังวลในบางราย ทำให้การเตรียมคนไข้ทำได้ง่ายกว่าการส่องลำไส้ใหญ่ทั้งหมด (Complete colonoscopy) ซึ่งต้องอาศัยการเตรียมลำไส้ที่ดีให้สะอาดตลอดความยาวลำไส้ใหญ่ และการให้ยาสลบหรือยาแก้ปวดร่วมด้วย ดังนั้น การทำ Flexible sigmoidoscopy จึงสามารถเตรียมคนไข้ได้เร็ว ให้กลับบ้านได้เร็ว สามารถทำซ้ำได้ง่ายผู้ป่วยได้ ไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ ไม่เสี่ยงกับผลข้างเคียงของยาสลบ และเหมาะกับผู้ป่วยที่แพทย์ประเมิน

¹ นายแพทย์ชำนาญการแพทย์พิเศษ แพทย์เฉพาะทางโรคทางเดินอาหาร แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

เบื้องต้นแล้วนึกถึงพยาธิสภาพของลำไส้ในตำแหน่งดังกล่าว หรือสามารถใช้ร่วมกับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal occult blood test) ในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ โดยพบว่าเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในแง่ประสิทธิภาพและประหยัดค่าใช้จ่าย²

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ รพ. กาฬสินธุ์ ทำต่อเนื่องเป็นประจำทุกสัปดาห์ โดยอายุรแพทย์ทางเดินอาหารและศัลยแพทย์ ขอบ่งชี้ในการส่องกล้อง ได้แก่ สงสัยหรือยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ หาสาเหตุของเลือดออกในลำไส้ส่วนล่าง ถ่ายเหลวเรื้อรังสงสัยภาวะลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง เป็นต้น โดยจะได้นำเสนอประสิทธิภาพและความสำเร็จ ผลข้างเคียง ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลายโดยปราศจากยาสลบในงานวิจัยฉบับนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ซึ่งทำโดยอายุรแพทย์ทางเดินอาหาร รวมทั้งศึกษาข้อมูลทั่วไปวิธีการเตรียมลำไส้ ความสะอาดของลำไส้ ระยะเวลาการทำหัตถการ ผลข้างเคียง และผลการวินิจฉัยจากการส่องกล้อง

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ประเภทรายงานกลุ่มผู้ป่วย (Case series) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้อง Flexible sigmoidoscopy ทั้งหมด (Case series) ที่ได้รับการส่องกล้อง Flexible sigmoidoscopy โดยไม่ใช้ยาสลบ โดยอายุรแพทย์ทางเดินอาหาร นพ. เฉลิมพล พรตระกูลพิพัฒน์ ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2565 จนถึง 31 ส.ค. 2566 รวมทั้งสิ้น 18 ราย

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหมดที่ได้รับการส่องกล้อง Flexible sigmoidoscopy โดยไม่ใช้ยาสลบ และเป็นการส่องกล้องครั้งแรกเพื่อการวินิจฉัยและรักษา ไม่ใช่เป็นการส่องกล้องเพื่อติดตามการรักษา โดยอายุร

แพทย์ทางเดินอาหาร นพ. เฉลิมพล พรตระกูลพิพัฒน์ ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2565 จนถึง 31 ส.ค. 2566

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย ผู้ป่วยอายุรกรรมทุกรายที่ได้รับการส่องกล้อง Flexible sigmoidoscopy โดยไม่ใช้ยาสลบ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย ผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้รับการส่องกล้องแบบไม่ใช้ยาสลบเพื่อติดตามการรักษา ไม่ใช่เป็นการส่องกล้องครั้งแรกเพื่อวินิจฉัยและรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย อายุ เพศ ขอบ่งชี้ในการส่องกล้อง วิธีเตรียมลำไส้ ระยะเวลาเตรียมลำไส้เสร็จจนถึงเริ่มส่องกล้อง คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ กล้องสามารถเข้าถึงลำไส้ส่วนใดบ้าง เวลาในการทำหัตถการ อาการปวด ผลข้างเคียง ผลการตรวจ และหัตถการที่ได้ทำขณะส่องกล้องของผู้ป่วยทุกราย

วิธีดำเนินการศึกษา

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ Flexible sigmoidoscopy และการเตรียมลำไส้ คุณภาพการเตรียมลำไส้ พบว่าระยะเวลาเตรียมลำไส้เสร็จจนถึงเริ่มส่องกล้อง (Bowel Preparation to Colonoscopy Interval) ส่งผลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้หากระยะเวลาดังกล่าวเกิน 6-8 ชั่วโมงจะส่งผลให้คุณภาพการเตรียมลำไส้ลดลง^{3,4}

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เมื่อได้รับการอนุมัติศึกษาวิจัยในมนุษย์ จึงได้เริ่มเก็บข้อมูลการวิจัย
2. คำนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการส่องกล้อง Flexible sigmoidoscopy โดยไม่ได้รับยาสลบ ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2566 จนถึง 31 ส.ค. 2566 รวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้ 18 ราย โดยค้นฐานข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลผลการส่องกล้อง EndoX และโปรแกรม HosXP รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย อายุ เพศ ขอบ่งชี้ในการส่องกล้อง วิธีเตรียมลำไส้ ระยะเวลาเตรียมลำไส้เสร็จจนถึงเริ่มส่องกล้อง (Bowel Preparation

to Colonoscopy Interval) คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ คุณภาพการเตรียมลำไส้โดยอาศัยเกณฑ์ Boston Bowel Preparation Scale ประเมินหลังถอยกล้อง กล้องสามารถเข้าถึงลำไส้ส่วนใดบ้าง เวลาในการทำหัตถการ อาการปวด ผลข้างเคียง ผลการตรวจและหัตถการที่ได้ทำขณะส่องกล้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2566 เลขที่ KLSH REC No.030/2023R

ผลการศึกษา

รวบรวมผู้ป่วยทั้งหมด 18 ราย อายุเฉลี่ย 58 ± 15 ปี เพศชาย 9 ราย เพศหญิง 9 ราย ข้อบ่งชี้สำหรับการส่องกล้อง ได้แก่ ถ่ายเป็นเลือด 10 ราย ถ่ายมีมูกเลือด 1 ราย ท้องผูก 2 ราย ซีดร่วมกับตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ 4 ราย ผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สงสัยลำไส้บวมอักเสบ 1 ราย ทุกรายส่องกล้องโดยไม่ได้รับยาสลบ มี 2 รายได้ยาแก้ปวด Fentanyl ขนาด 100 ไมโครกรัม และอีก 16 รายไม่ได้รับยาแก้ปวดใดใดก่อนส่องกล้องเตรียมลำไส้ด้วยยาระบาย Niftec 1 ซอง (Per 137.155 g Macrogol 4000 118 g, KCl 1.485 g, NaCl 2.93 g, Na bicarbonate 3.37 g, anhydrous Na sulfate 11.37 g) ผสมน้ำ 2 ลิตร โดยรับประทานให้หมดภายใน 2 ชั่วโมง มีผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมลำไส้จำนวน 2 ครั้ง ทั้งหมด 6 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมลำไส้ 1 ครั้งตอนเช้าก่อนส่องกล้องจำนวน 10 ราย และ ไม่ได้รับการเตรียมลำไส้เลย 2 ราย ส่องกล้องครบตลอดลำไส้ใหญ่ทั้งหมด 7 ราย และส่องเพียงบางส่วนอีก 11 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัย รักษา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้อง มี 1 รายที่มีอาการปวดมาก จนขอหยุดการส่องกล้อง หลังส่องกล้องอาการปวดหายไป และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายได้นำเสนอในตารางที่ 1

สรุปและอภิปรายผล

การส่องกล้อง Flexible sigmoidoscopy โดยไม่ได้รับยาสลบ สามารถทำได้โดยปลอดภัย ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยและการรักษา และสามารถทำ Full colonoscopy ได้ โดยที่ผู้ป่วยมีอาการหน่วงท้องเพียงเล็กน้อย โดยการทำ Full colonoscopy ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตื่นรู้ตัวตลอดเวลา สามารถเห็นรอยโรคหรือลำไส้ของตนเองได้ โดยแพทย์เป็นคนให้ข้อมูล สามารถบอกอาการปวดได้ตลอดเวลา หากพบว่ามีอาการปวดไม่สามารถทนได้ ก็จะหยุดและถอยกล้องในทันที และทำโดยแพทย์ส่องกล้องที่มีความชำนาญ ไม่ทำให้เกิดการขาดของลำไส้ใหญ่จนทำให้เกิดอาการปวด หรือสามารถแก้การขาดของลำไส้ใหญ่ได้ตลอด ผู้ป่วยทุกรายที่พบท่อน มีสัญญาณชีพปกติ รู้ตัว และให้ความร่วมมือในการส่องกล้อง

การเตรียมลำไส้ การใช้ยาแก้ปวด Fentanyl ขนาด 100 ไมโครกรัม พบว่าสามารถทำให้การส่องกล้อง Flexible sigmoidoscopy สามารถทำได้ดีมาก ขึ้นเกือบทุกรายสามารถทำเป็น Full colonoscopy ได้ คุณภาพการเตรียมลำไส้ดีมาก ระยะเวลารับประทานยาระบายจนถึงการได้รับการส่องกล้องทุกรายไม่เกิน 4 ชั่วโมง คือ อยู่ระหว่าง 2-4 ชั่วโมง เนื่องจากไม่ต้องเตรียมงดน้ำและอาหารนานสำหรับการเตรียมสลบ แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า Bowel Preparation to Colonoscopy Interval ส่งผลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีก่อนหน้านี้^{3,4} ซึ่งควรจะได้มีการศึกษาการวิจัยโดยการทดลองไปข้างหน้า (Prospective experimental research) ต่อไป เพื่อศึกษาถึงวิธีการเตรียมลำไส้และ Bowel Preparation to Colonoscopy Interval ที่เหมาะสม โดยเฉพาะช่วงเวลา 2-4 ชั่วโมง ซึ่งยังมีข้อมูลไม่มากจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ได้การเตรียมลำไส้ที่ได้ทั้งคุณภาพและไม่เพิ่มความเสี่ยงจากการใช้ยาสลบต่อไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยอายุรกรรมทวารวทที่ได้รับการส่องกล้อง Flexible sigmoidoscopy โดยไม่ใช้ยาสลบ ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2565 จนถึง 31 ส.ค. 2566

รายที่	อายุ	เพศ	ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้อง	เตรียม ลำไส้ (ครั้ง ¹)	ระยะเวลา ส่องกล้อง ² (นาที)	ยาแก้ปวด	BBPS ³	ส่วนที่ส่องกล้อง ถึง ⁴	ระยะเวลา ส่องกล้อง (นาที)	วินิจฉัย	หัตถการผ่านกล้อง
1	74	หญิง	ภาวะซีสต์ เลือดแฝงในอุจจาระ	0	-	-	-	Sigmoid	30	มะเร็งลำไส้ (CA sigmoid)	ตัดชิ้นเนื้อ
2	23	ชาย	ภาวะซีสต์ ถ่ายเป็นเลือด	2	240	-	-	DC	30	ปกติ	-
3	61	หญิง	ถ่ายเป็นเลือด	1	295	-	-	DC	20	แผลลำไส้ตรง (SRUS)	ตัดชิ้นเนื้อ
4	45	หญิง	ถ่ายเป็นเลือด	1	265	Fentanyl 100 ug	9	Complete	30	เส้นเลือดผิดปกติในลำไส้ตรง (Dieulafoy's lesion), รีดสีดวงทวารระยะ 1	รัดยางเส้นเลือดที่ผิดปกติ
5	60	หญิง	ท้องผูก	1	260	-	-	TC	15	ริดสีดวงทวารระยะ 1	-
6	59	ชาย	ถ่ายเป็นเลือด	1	215	-	9	Complete	30	ริดสีดวงทวารระยะ 1	-
7	63	ชาย	ถ่ายเป็นเลือด	2		-	-	Sigmoid	15	ริดสีดวงทวารระยะ 2, ตึงเนื้อลำไส้	ตัดชิ้นเนื้อ
8	64	หญิง	ถ่ายเป็นเลือด	2	195	Fentanyl 100 ug	9	Complete	40	ลำไส้ติ่งอักเสบ, รีดสีดวงทวารระยะ 2	-
9	69	ชาย	ถ่ายเป็นเลือด	1	290	-	-	Sigmoid	10	มะเร็งลำไส้ตรง (CA rectum)	ตัดชิ้นเนื้อ
10	54	ชาย	ท้องผูก	1	280	-	-	Sigmoid	10	แผลลำไส้ตรง (SRUS)	ตัดชิ้นเนื้อ
11	53	ชาย	ถ่ายผิดปกติ ภูเขาเลือด	2	240	-	-	TC	60	มะเร็งลำไส้ตรง (CA rectum)	ตัดชิ้นเนื้อ
12	67	หญิง	ถ่ายเป็นเลือด	1	240	-	9	Complete	60	ริดสีดวงทวารภายนอก	-
13	74	ชาย	ถ่ายเป็นเลือด	2	225	-	9	Complete	30	กระเพาะลำไส้ และติ่งเนื้อลำไส้	ตัดติ่งเนื้อ
14	47	ชาย	ลำไส้ใหญ่พบตัวตลอดลำไส้	1	300	-	-	DC	35	ปกติ	-
15	84	หญิง	ภาวะซีสต์ เลือดแฝงในอุจจาระ	1	180	-	-	TC	90	มะเร็งลำไส้ตรง (CA rectum)	ตัดชิ้นเนื้อ
16	30	หญิง	ภาวะซีสต์ เลือดแฝงในอุจจาระ	0	-	-	-	Sigmoid	10	แผลฉีกขาดรูทวารหนัก (Anal fissure)	-
17	64	หญิง	ถ่ายเป็นเลือด	1	205	-	9	Complete	60	กระเพาะลำไส้ใหญ่, รีดสีดวงทวารระยะ 1	-
18	59	ชาย	ถ่ายเป็นเลือด	2	230	-	9	Complete	45	มะเร็งลำไส้ใหญ่ฝั่งขวา (CA ascending colon)	ตัดชิ้นเนื้อ

- 1 หมายถึง จำนวนครั้งของการเตรียมลำไส้ ดังนี้ 0 คือ ไม่มีการเตรียมลำไส้ 1 ครั้ง คือ ทานยาระบายเฉพาะตอนเช้า เริ่มรับประทาน 5:00 น. 2 ครั้ง คือ ทานยาระบาย 2 ครั้ง มื้อเย็น เริ่มทาน 17:00 น. และมื้อเช้าเริ่มทาน 5:00 น.
- 2 หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่รับประทานยาเตรียมลำไส้เสร็จจนถึงเริ่มส่องกล้อง
- 3 หมายถึง Boston bowel preparation scale คือ การคะแนนสำหรับประเมินคุณภาพการเตรียมลำไส้ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ Ascending colon, Transverse colon และ Descending colon ลงมา คะแนนเต็มส่วนละ 3 คะแนน 3 คือ สะอาดที่สุด 0 คือ ไม่ได้เตรียมลำไส้เลย รวมทั้ง 3 ส่วนจึงเต็ม 9 คะแนน ประเมินเฉพาะรายที่ส่องกล้องได้ครบตลอดลำไส้ใหญ่
- 4 หมายถึง ส่วนของลำไส้ที่ส่องกล้องเข้าได้ลึกที่สุด complete คือ ส่องครบตลอดลำไส้ TC คือ ส่องถึงลำไส้ส่วนกลาง (Transverse colon) DC คือ ส่องถึงลำไส้ส่วนซ้ายหรือลง (Descending colon) Sigmoid คือ ส่องถึงลำไส้ส่วนคด (Sigmoid)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมห้องส่องกล้อง แพทย์ พยาบาล
ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม และเจ้าหน้าที่ที่มีส่วน

เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทุกราย โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

- 1.Zuber TJ. Flexible sigmoidoscopy. *Am Fam Physician*. 2001;63(7):1375-1380, 1383-1388.
- 2.Frazier AL, Colditz GA, Fuchs CS, Kuntz KM. Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in the general population. *JAMA*. 2000;284(15):1954-1961. doi:10.1001/jama.284.15.1954
- 3.Kim TK, Kim HW, Kim SJ, et al. Importance of the Time Interval between Bowel Preparation and Colonoscopy in Determining the Quality of Bowel Preparation for Full-Dose Polyethylene Glycol Preparation. *Gut Liver*. 2014;8(6):625-631. doi:10.5009/gnl13228
- 4.Bryant RV, Schoeman SN, Schoeman MN. Shorter preparation to procedure interval for colonoscopy improves quality of bowel cleansing. *Internal Medicine Journal*. 2013;43(2):162-168. doi:10.1111/j.1445-5994.2012.02963.x

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลชุมพลบุรี

The development of clinical practice guideline assessment of Rational Use of Omeprazole according for prophylaxis of NSAID-associated Gastrointestinal Ulcers in a Chumphonburi Hospital

(Received: June 14,2024 ; Revised: June 27,2024 ; Accepted: June 29,2024)

พิชญา อุดมศิลป์¹, อุไรวรรณ อกนิษฐ์², ตุลากการ นาคพันธ์³

Pichaya Udomsin¹, Uraiwan Akanit², Tulakarn Nakpun³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลซึ่งได้รับประทานในการป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ในโรงพยาบาลและประเมินความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ที่พัฒนาขึ้น การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ.2566 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และระยะที่ 2 การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนการใช้นโยบายปฏิบัติ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 13 คน ประกอบด้วย แพทย์ที่ทำการตรวจรักษา จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย จำนวน 5 คน เภสัชกรห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกและทำหน้าที่จ่ายยาแก่ผู้ป่วย จำนวน 4 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาจากการศึกษานี้ประกอบด้วย เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา (ข้อบ่งใช้ วิธีการประเมิน และขนาดยา) การประเมินผลการรักษา และการใช้ระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความคิดเห็นเชิงบวกต่อการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ทั้งทุกระยะ ได้แก่ ระยะก่อนพัฒนา ระยะหลังจากทดลองใช้ และระยะนำไปใช้จริง ค่าเฉลี่ยของคำถามด้านประโยชน์ของการใช้นโยบายปฏิบัติมีค่ามากที่สุด (4.33, 4.56 และ 4.62) ค่าเฉลี่ยของคำถามด้านความยาก-ง่ายในการใช้นโยบายปฏิบัติมีค่าน้อยที่สุด (3.25, 4.00 และ 4.13)

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติ, การประเมิน, ความสมเหตุผล, โอเมพราโซล, แผลทางเดินอาหาร, ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

Abstract

This study is designed as research and development. It aims to develop a guideline for evaluating the rational use of oral omeprazole to prevent gastrointestinal ulcers caused by NSAIDs in a hospital and to evaluate opinions on the use of this guideline. The research is conducted in two phases: Phase 1 involves developed the guideline, and Phase 2 involves assessing opinion of using with the developed guidelines. The sample group includes 4 physicians, 5 professional nurses who provide outpatient services and screen patients, and 4 pharmacists from the outpatient pharmacy responsible for dispensing medication to patients, totaling 13 participants. The research was conducted from July to September 2023. Analyzing data using descriptive statistics

Study Results: The developed practice guidelines from this study include criteria for drug approval (indications, assessment methods, and dosage), treatment outcome evaluation, and the use of a prescription alert system through the HOSxP computer program. Participants in the study had a positive attitude towards the implementation of the guidelines at all stages: pre-development, post-trial, and actual implementation stages. The

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชกรรมสังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

average score for questions regarding the benefits of using the guidelines was the highest (4.33, 4.56, and 4.62). The average score for questions regarding the ease of use of the guidelines was the lowest (3.25, 4.00, and 4.13).

Keywords: Guideline, Evaluation, Rational, Omeprazole, Gastric

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้นิยาม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพโดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสมและมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด”¹ ในประเทศไทยได้ดำเนินการตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital; RDU Hospital) เพื่อให้การดำเนินการเป็นรูปธรรมชัดเจน เกิดความตระหนักถึงปัญหาการใช้ยา และสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกันภายใต้บริบทปัญหาของประเทศไทย² จากคู่มือการดำเนินการโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ปีงบประมาณ 2558³ ผ่านกฎหมายสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) และกลไกเครือข่าย รวมทั้งใช้การประเมินผลสัมฤทธิ์ผ่านตัวชี้วัด ในระยะแรกมีการติดตามการสั่งจ่ายยาอย่างสมเหตุผลผ่าน 16 ตัวชี้วัด ระยะต่อมามีการติดตามตัวชี้วัดเดิมและปรับปรุงบางตัวชี้วัดให้เป็นไปตามแนวทางปัจจุบัน โดยในปีงบประมาณ 2565 ปรับเป็น 14 ตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดแบ่งเป็น 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อ (Rational Use of Antibiotics, RUA) เป็นปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อต่างๆ ได้แก่ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง (non - communicable diseases, NCD) ประกอบด้วย 9 ตัวชี้วัด คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุ > 65 ปี หรือมี eGFR < 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่ใช้ RAAS blockage (ACEI/ARB/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือยาร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หาก eGFR < 30 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid ร้อยละของผู้ป่วยนอกสูงอายุ ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ diazepam, chlordiazepoxide, dipotassium chlorazepate จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin, statins, ergots เมื่อรู้ตัวตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) และร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางเดินหายใจและได้รับยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาโรงพยาบาลชุมพลบุรีมีผลดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์ จึงมีความท้าทายในการจัดการปัญหาอื่นที่นอกเหนือจากตัวชี้วัดข้างต้น โดยเฉพาะยากลุ่ม NSAIDs เพราะมีการใช้อย่างแพร่หลายในหลายข้อบ่งใช้ ทั้งลดไข้ บรรเทาอาการปวด และลดอาการอักเสบ⁴ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานานอาจเกิดผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาได้ จึงมีการใช้ยากลุ่ม proton pump inhibitor (PPIs) เพื่อป้องกันการเกิดผลทางเดินอาหารอาจทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา PPIs ไม่สมเหตุผลในการป้องกันผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs

คู่มือการดำเนินการโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลไม่ได้กำหนดการใช้ยา PPIs เป็นตัวชี้วัด มีเพียงการกำหนดข้อควรปฏิบัติการใช้ยา NSAIDs ร่วมกับยาในกลุ่ม PPIs ของการใช้ยาในโรคข้อเสื่อม คือ แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ขนาดต่ำที่สุดและระยะเวลาสั้นที่สุดเท่าที่จำเป็น ได้แก่ รับประทานเฉพาะเวลาปวด หรือให้ต่อเนื่องในขนาดรักษาเพื่อลดการอักเสบประมาณ 2 สัปดาห์ แล้วหยุดยา ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากเป็นข้อบ่งใช้ที่ไม่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (United State Food and Drug Administration: USFDA) แต่มีกำหนดในแนวทางเวชปฏิบัติของ American College of Gastro enterology (ACG)⁵ เช่นเดียวกับไม่มีการระบุข้อบ่งใช้ที่ขึ้นทะเบียนโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประเทศไทย (อย.)⁶ ทำให้ไม่มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs ที่ชัดเจน

จากผลการประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า มีการใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานร่วมกับยา NSAIDs ทั้งหมด 29,992 ใบสั่งยา เป็นการใช้อาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผล ทั้งหมด 9,011 ใบสั่งยา (ร้อยละ 30.04) หรือคิดเป็นมูลค่ายาโอเมพราโซลที่ใช้ไม่สมเหตุผลตามแนวทางปฏิบัติฯ ทั้งหมด 759,198 บาท เฉลี่ยปีละ 253,066 บาท หรือ 25.31 บาทต่อใบสั่งยาที่ส่งจ่ายร่วมกับ NSAIDs⁷ แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกินจำเป็น ดังนั้นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ในโรงพยาบาลเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างมากเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกินจำเป็น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานในการป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ในโรงพยาบาลและประเมินความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง COA No.27/2566 ได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพลบุรีให้เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 กระบวนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซล รูปแบบการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง: การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป พยาบาลวิชาชีพที่เคยปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เลือกแบบเฉพาะเจาะจงทั้งหมด 3 คน

กระบวนการวิจัย

ระยะที่ 1.1 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซล

1. เภสัชกรผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพลบุรี ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว เภสัชกรผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการ

พยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. เกสัชกรผู้วิจัยในบทบาทคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เสนอวาระการประชุมเรื่องการใช้ยาโอเมพราโซลแก่ผู้ป่วยนอกในการป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยชี้แจงที่มา ความสำคัญของปัญหาและผลการวิจัยก่อนหน้านี้ ให้ที่ประชุมทราบ เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจในการใช้ยาโอเมพราโซลอย่างสมเหตุผล ร่วมกันจัดทำเครื่องมือแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยใช้แนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ที่พัฒนาโดยประยุกต์ใช้เกณฑ์จากแนวทางปฏิบัติของ ACG⁸ ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยนอก การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs การใช้ระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP การประเมินซ้ำก่อนการจ่ายยาแก่ผู้ป่วย และการบันทึกและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs

3. เกสัชกรผู้วิจัยนำเสนอแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ที่จัดทำขึ้นเสนอคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

4. เกสัชกรผู้วิจัยเชิญทีมบุคลากรทางการแพทย์ร่วมประชุมเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยา NSAIDs เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมพลบุรี ได้แก่ แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ และเภสัชกร ตำแหน่งละ 1 คน ระยะเวลา 1 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 1-31 กรกฎาคม พ.ศ.2566

5. เกสัชกรผู้วิจัยรวบรวมและสรุปแนวทางปฏิบัติฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น รวมถึงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ระยะที่ 1.2 การทดลองนำแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs ไปใช้

1. เกสัชกรผู้วิจัยประชาสัมพันธ์แนวทางปฏิบัติและทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นแก่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

2. ทีมบุคลากรทางการแพทย์ทดลองใช้แนวทางปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นทีมบุคลากรชุดเดิมที่พัฒนาแนวทางปฏิบัติฯ ระยะเวลา 2 สัปดาห์ คือ ตั้งแต่วันที่ 1-15 สิงหาคม พ.ศ.2566

3. เกสัชกรผู้วิจัยในบทบาทคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เสนอวาระการประชุมเรื่องการใช้ยาโอเมพราโซลแก่ผู้ป่วยนอกในการป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ของโรงพยาบาล

4. สรุปผลหลังจากทดลองใช้แนวทางปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น สรุปความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการศึกษาฯ คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร และปรับตามความคิดเห็น เพื่อยกร่างแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยา NSAIDs ของโรงพยาบาล และร่วมกำหนดแนวทางการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติและการนำไปใช้

5. การบันทึกและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs

ระยะที่ 2 การประเมินความคิดเห็นของการใช้แนวทางปฏิบัติของบุคลากรตามแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs

รูปแบบการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง: การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางโดยการประเมินผลหลังจากนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการประเมินความสมเหตุผลการใช้ยา ตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม - 15 กันยายน พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ที่ทำการตรวจรักษา จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย จำนวน 5 คน เภสัชกรห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก และทำหน้าที่จ่ายยาแก่ผู้ป่วย จำนวน 4 คน การวิจัยครั้งนี้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือการวิจัย

1.แบบสอบถามความคิดเห็นของการใช้แนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ของผู้เข้าร่วมการศึกษา ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมการศึกษาในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของการใช้แนวทางปฏิบัติฯ ไปสู่การปฏิบัติ

คำถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ ให้ผู้ตอบจะเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่กำหนดให้ ได้แก่ ความยาก-ง่าย (4 ข้อ) , ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (2 ข้อ) , ประโยชน์ของการใช้แนวทางปฏิบัติฯ (3 ข้อ) และความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติฯ ไปใช้จริง (6 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด, เห็นด้วยมาก, เห็นด้วยปานกลาง, เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบเติมข้อความตามความเห็น ได้แก่ ความคิดเห็นปัญหาที่พบจากการนำไปใช้และข้อเสนอแนะ

วิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถามความคิดเห็นของการใช้แนวทางปฏิบัติฯ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ภาษา ความเหมาะสมและความชัดเจนกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์เภสัชกร คณะเภสัชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน เภสัชกรระดับชำนาญการพิเศษ มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล จำนวน 1 ท่าน และเภสัชกรระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมถูกต้องตามคำแนะนำ และปรับปรุงการใช้ภาษาเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมการศึกษา การวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางปฏิบัติฯ ใช้การถอดความจากคำถามปลายเปิดและสรุปเป็นภาพรวม

2. แนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซล

แนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซลมีองค์ประกอบตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา อนุมัติการใช้ยาโอเมพราโซล 20 mg cap. ตามข้อบ่งใช้ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร โดยใช้ในขนาดตามที่กำหนดในข้อบ่งใช้ทางคลินิก

2. ใช้ในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ก่อนการอนุมัติสั่งใช้ยาต้องมีการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ในกรณีดังต่อไปนี้

2.1 การประเมินข้อบ่งใช้ยาโอเมพราโซล ในการรักษาที่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงในการเกิด ผลทางเดินอาหารตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกัน ผลทางเดินอาหาร อ้างอิงจาก American College of Gastroenterology (ACG)⁸ กำหนดปัจจัยเสี่ยง ทั้งหมด 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) มีประวัติการเป็นโรค กระเพาะอาหาร, ประวัติภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกจากทางเดินอาหาร (ICD-10 Version: 2019)⁹ 2) อายุ มากกว่า 65 ปี ขึ้นไป 3) การได้รับ NSAIDs ในขนาดที่สูง หรือ มีการใช้ NSAIDs หลาย ชนิดร่วมกัน 4) การได้รับยาาร่วมที่เพิ่มความเสี่ยงใน การเกิดผลทางเดินอาหาร คือ ยาสเตียรอยด์ (Prednisolone 5 mg. tab.) หรือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin 2 mg, 3 mg. หรือ 5 mg. tab.) นำจำนวนปัจจัยเสี่ยงในการเกิดผลทางเดินอาหาร จาก NSAIDs ของผู้ป่วยทั้งหมดมาจัดระดับความ เสี่ยงการเกิดผลทางเดินอาหาร แนวทางการใช้ยา ป้องกันผลทางเดินอาหาร ได้ดังนี้

ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ำ (ปัจจัยเสี่ยง =0) สามารถใช้ยา NSAIDs ได้โดยไม่จำเป็นต้องให้ยา โอเมพราโซล

ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงปานกลาง (ปัจจัยเสี่ยง 1 หรือ 2 ปัจจัย) สามารถใช้ยาโอเมพราโซล หรือเลือก ใช้ยากลุ่ม COX-2 inhibitors เพียงชนิดเดียวแทน

ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง (ปัจจัยเสี่ยง มากกว่า 2 ปัจจัย) ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา NSAIDs ถ้ากรณี จำเป็นให้ใช้ยากลุ่ม COX-2 inhibitors (celecoxib) โดยให้ร่วมกับยาโอเมพราโซล

2.2 การประเมินขนาดยาโอเมพราโซล ตามข้อ บ่งใช้ของ USFDA หรือแนวทางเวชปฏิบัติ^{5,8,10-13}

1) ข้อบ่งใช้เพื่อป้องกันผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs (Drug-induced peptic ulcer-NSAID adverse reaction) จะใช้ขนาดยาโอเมพราโซล 20 mg วันละ 1 ครั้ง เช่นเดียวกับข้อบ่งใช้อื่นๆ ดังนี้

โรคหลอดอาหารอักเสบจากกรดไหลย้อน (Erosive esophagitis, Gastroesophageal reflux disease) (K21.0)

โรคหลอดอาหารอักเสบ (Erosive esophagitis) (K22.1)

โรคหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture) (K22.2)

โรคหลอดอาหารบาร์เรตต์ (Barrett esophagus) (K22.7)

โรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (Ulcer of duodenum, Active) (K26)

โรคแผลทางเดินอาหาร (Peptic Ulcer) (K27)

โรคดิสเปปเซีย (Functional dyspepsia) (K30)

2. ส่วนข้อบ่งใช้อื่น ๆ เช่น โรคกรดไหลย้อน (Gastroesophageal reflux disease, GERD) (K21.9) จะใช้ขนาดยาโอเมพราโซล 20 mg วันละ 2 ครั้ง โรคแผลในกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer, active, benign) (K25) และการกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ที่แผลในระบบทางเดินอาหาร (H. pylori gastrointestinal tract infection-ulcer of duodenum) (B89.0) Dual therapy จะใช้ขนาด ยา Omeprazole 40 mg วันละ 1 ครั้ง เป็นต้น

2.2 การประเมินผลการรักษา

2.2.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการ รักษา

2.2.2 การประเมินด้านความปลอดภัย ได้แก่ การติดตามอาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และ ระยะเวลาที่ใช้ยา Omeprazole ติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน

3. การใช้ระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่าน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP

เมื่อมีการสั่งใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่ได้รับ NSAIDs การแสดงข้อความแจ้งเตือน Pop up จะ แสดงขณะบันทึกการสั่งใช้ยาและส่งต่อผู้ป่วยไปยัง แผนกอื่น เฉพาะใบสั่งยาที่มีการใช้ยาโอเมพราโซล ร่วมกับ NSAIDs แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อผู้ป่วยตามใบสั่งยาที่ประเมิน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในการเกิดผล ทางเดินอาหารแบ่งเป็น 2 ปัจจัยดังนี้ ปัจจัยที่ 1

ปัจจัยเสี่ยงที่มาจากข้อมูลตามใบสั่งยา ณ วันที่ประเมิน ประกอบด้วย รหัสวินิจฉัยโรคทางเดินอาหาร (K20-31) ข้อมูลยา NSAIDs และยาเพิ่มความเสถียรในการเกิดแผลทางเดินอาหาร อายุ และปัจจัยเสริมที่เพิ่มความเสี่ยงจากการชักประวัติ การทำงานของ Pop up จะดึงข้อมูลและกวดเลือกอัตโนมัติตามปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยของผู้ป่วย โดยแพทย์สามารถแก้ไขได้ และปัจจัยที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่ได้จากการชักประวัติเพิ่มเติม คือ ภาวะแทรกซ้อน เช่น การเลือดออกทางเดินอาหาร จะใช้การดึงข้อมูลจากการชักประวัติ และลงใน HPI ถ้ามีจะดึงข้อมูลและกวดเลือกอัตโนมัติ ยาเพิ่มความเสถียรในการเกิดแผลทางเดินอาหาร จะดึงข้อมูลการได้รับยาย้อนหลังภายใน 6 เดือน โดยแสดงรายการยา ขนาดยา จำนวนที่ได้รับ และวันที่ได้รับยาหลังสุด มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด 4 ปัจจัย ไม่นับการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ถือว่าเป็นปัจจัยเสริม โดยแต่ละปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร จะมีจำนวนไม่เกิน 1 ปัจจัย เช่น ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงมีประวัติเป็นโรคทางเดินอาหาร (K20-K31) จากใบสั่งยาและชักประวัติ ทั้ง 2 ส่วนนับเป็น 1 ปัจจัย

การสรุปจำนวนปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด แพทย์กรอกจำนวนปัจจัยเสี่ยงเอง เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงบางปัจจัยอาจไม่ได้เพิ่มความเสถียร เช่น ประวัติการรับยาหลังสุด พบว่า เมื่อ 3 เดือนที่แล้วผู้ป่วยได้รับยา Naproxen 250 mg tab. จำนวน 20 tab. วันที่ประเมินผู้ป่วยมารับยา Aspirin 81 mg tab. ต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายนี้อาจไม่ได้ใช้ยา NSAIDs > 2 ชนิดร่วมกัน หรือรอบนี้อาจจะไปปรับเป็นยาแก้ปวดชนิดอื่นแทนที่ไม่มีผลการเกิดแผลทางเดินอาหาร

กรณีที่ผลการประเมินผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร แพทย์ต้องการยกเลิกการใช้ยาโอเมพราโซล ต้องกดยกเลิกการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล เพื่อจะบันทึกในฐานข้อมูลการยกเลิกการใช้ยา และกวดบันทึกใบสั่งยาจากนั้นให้มาที่ใบสั่งยาเพื่อลบรายการโอเมพราโซลออกเพราะระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP ไม่สามารถตั้งค่าให้ลบอัตโนมัติได้

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสรุปปัจจัยเสี่ยงและความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซล มูลค่ายาโอเมพราโซล รวมถึงการติดตามปัญหาการใช้ยาหลังได้รับการประเมิน 1 สัปดาห์ กรณีที่แพทย์ต้องการส่งต่อให้เภสัชกรติดตาม, อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารวมถึงปัญหาการใช้ยาอื่นๆ ให้กวดเลือกช่องติดตาม ADR เพื่อให้ข้อมูลส่งต่อให้เภสัชกร ถ้ามีแก้ไขปัจจัยเสี่ยงหรือผลการประเมินในใบสั่งยา จะมีการแจ้งเตือน Pop up ให้บันทึกใหม่

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 13 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 11 คน อายุเฉลี่ย 37.31 ± 9.61 ปี อายุระหว่าง 20 - 34 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 10-19 ปี

ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการศึกษาต่อแนวทางปฏิบัติ มีการประเมิน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ระยะนำแนวทางปฏิบัติไปทดลองใช้ และระยะนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ ประเมินผู้ป่วย พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามีค่าเฉลี่ยของคำถามด้านประโยชน์ของการใช้แนวทางปฏิบัติมีค่ามากที่สุด (4.33, 4.56 และ 4.62) ค่าเฉลี่ยของคำถามด้านความยาก-ง่ายในการใช้แนวทางปฏิบัติมีค่าน้อยที่สุด (3.25, 4.00 และ 4.13) เมื่อพิจารณารายการคำถามพบว่าค่าเฉลี่ยของข้อคำถาม “เพิ่มความตระหนักของบุคลากรต่อการใช้ยาโอเมพราโซลที่สมเหตุผล” ของผู้เข้าร่วมการศึกษานำแนวทางปฏิบัติไปใช้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (4.69) สำหรับข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ “แนวทางปฏิบัติในการประเมินนี้ ไม่เพิ่มขั้นตอนการปฏิบัติงาน” (3.54)

จากข้อคำถามปลายเปิดผู้เข้าร่วมการศึกษได้แสดงความคิดเห็นตามรายละเอียดดังนี้ 1.ความยาก-ง่ายในการใช้แนวทางปฏิบัติ ได้แก่ “เพิ่มขั้นตอนลงข้อมูลคัดกรองปัจจัยเสี่ยง บันทึกหลายครั้ง ไม่สะดวกใช้เวลาคัดกรองนานขึ้น”, “การลงปัจจัยเสี่ยงใน Pop up ถ้าได้รับยาจากร้านยาหรือคลินิก ต้องชักประวัติเพิ่มเติมเองอีกครั้ง ไม่สามารถเชื่อมจากการคัดกรอง

ผู้ป่วยได้”, “ต้องกดลงข้อมูลใน Pop up หลายครั้ง บางครั้งทำให้ HOSxP ช้า ปรับลดไม่เกิน 2 ครั้ง” และ “การลงรหัสวินิจฉัย ถ้าผู้ป่วยมีอาการโรคทางเดินอาหาร แต่ไม่ได้ลงไว้ ต้องกลับไปลงข้อมูลใหม่” 2. ด้านความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี ได้แก่ “ไม่ได้เพิ่มบุคลากร แต่เพิ่มระยะเวลาในการซักประวัติ ทำงานไม่ต่อเนื่อง” 3.ด้านประโยชน์ของการใช้แนวทางปฏิบัติฯ ได้แก่ “เป็นสิ่งที่ดี เจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกคนจะได้ตระหนักในการใช้ยาโอเมพราโซล” 4.ด้านความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติฯ ไปใช้จริง ได้แก่ “การคัดกรองไม่ครอบคลุม หรือไม่ครบถ้วน เนื่องจากผู้ป่วยมารับบริการมาก”, “ช่วยแจ้งเตือน ให้มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงก่อนการใช้ยาโอเมพราโซล” และ “การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จาก NSAIDs อาจใช้เวลาติดตามนาน และติดตามได้ยาก เพราะผู้ป่วยเปลี่ยนที่อยู่”

ความคิดเห็นต่อการใช้ระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP ไปใช้ในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยนำความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการศึกษาต่อการนำแนวทางปฏิบัติฯ ไปใช้ในระยะต่าง ๆ มาพัฒนาและปรับปรุงระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรม HOSxP ให้เหมาะสมกับปฏิบัติงานจริง เช่น มีการดึงข้อมูลผลการคัดกรองจากการซักประวัติ เพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดผลทางเดินอาหารที่บันทึกใน HOSxP และประวัติการรับยาที่เกี่ยวข้องมาแสดงอัตโนมัติ เมื่อมีการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล และท้ายที่สุดเมื่อนำไปใช้จริงผู้วิจัยได้ปรับการแสดงผลให้ชัดเจนและลดขั้นตอนการบันทึกผลเพื่อให้สะดวก ลดระยะเวลาการประเมินผล และไม่เพิ่มขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 และรูปที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP ในระยะต่าง ๆ

หัวข้อ	ก่อนพัฒนา	ทดลองใช้	นำไปใช้จริง	การปรับปรุงต่อไป
1) ผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงเสี่ยงจากประวัติโรคทางเดินอาหาร ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด, ถ่ายดำ, การส่องกล้องทางลำคอ	ไม่ได้นำข้อมูลมาแสดงอัตโนมัติ	เพิ่มการลงข้อมูลใน HPI โดยการเพิ่มคำคือ อาเจียนเป็นเลือด ใช้คำ Hemoptysis, การถ่ายดำ ใช้คำว่า Melena, การส่องกล้องทางลำคอ ใช้คำว่า Endoscope	ปรับคำที่ลงบันทึกใน HPI ให้ง่ายขึ้น คือ ขึ้น คือ อาเจียนเป็นเลือด ใช้คำ Hemoptysis/ VM Blood, การถ่ายดำ ใช้คำว่า Melena/Black stool, การส่องกล้องทางลำคอ ใช้คำว่า Endoscope	ไม่ได้ปรับ
2) ผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงเสริมในการเกิดผลทางเดินอาหาร ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่	ไม่ได้นำข้อมูลมาแสดงอัตโนมัติ	เพิ่มการดึงข้อมูลมาแสดงอัตโนมัติ	ไม่ได้ปรับ	เพิ่มรหัสวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่ และแสดงอัตโนมัติ
3) ข้อมูลประวัติการรับยาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ NSAIDs และยาที่เพิ่มความเสี่ยง (Prednisolone 5 mg, Warfarin 2 mg, Warfarin 3 mg, Warfarin 5 mg)	ไม่ได้นำข้อมูลมาแสดงอัตโนมัติ	เพิ่มการดึงข้อมูลรายการยา จำนวน และวันที่รับยา ย้อนหลัง 6 เดือน	ไม่ได้ปรับ	ปรับการแจ้งเตือนให้แสดงชัดเจนขึ้น
4) การคำนวณจำนวนปัจจัยเสี่ยง	ไม่ได้จัดกลุ่มปัจจัยเสี่ยง	จัดกลุ่มแต่ละปัจจัยเสี่ยงให้ชัดเจน	ไม่ได้ปรับ	ปรับเป็นการคำนวณจำนวนปัจจัยเสี่ยงอัตโนมัติ

หัวข้อ	ก่อนพัฒนา	ทดลองใช้	นำไปใช้จริง	การปรับปรุงต่อไป
5) การบันทึกผลและการติดตามการใช้ยา	ไม่ได้นำข้อมูลมาแสดงอัตโนมัติ	เพิ่มการส่งรายงานติดตามการใช้ยา	ไม่ได้ปรับ	ปรับลดการกดประเมินจาก 5 ครั้ง เหลือไม่เกิน 2 ครั้ง

ท่านกำลังสั่งใช้ยา **Omeprazole 20 mg. cap.** ของ.....

ซึ่งควร ใช้ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs รวมถึง Aspirin

ปัจจัยเสี่ยงตาม ACG

☐ 1. เป็นโรคกระเพาะอาหาร (รหัสวินิจฉัย K20-K31) (ICD-10)

☐ 2. รับยา NSAIDs หรือ ASA ในขนาดที่สูงหรือ ได้ NSAIDs + ASA / ได้ NSAIDs >1 ชนิด ร่วมกัน

☐ 3. การได้รับยาร่วม คือ Prednisolone 5 mg. หรือ Warfarin 2 mg, 3 mg และ 5 mg. tab.

☐ 4. อายุ > 65 ปี

ปัจจัยเสี่ยงอื่น

☐ สูบบุหรี่ (ยังสูบบุหรี่ หรือเลิกได้ยังไม่ถึง 1 เดือน, เลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 เดือน ,สูบ)

☐ ดื่มสุรา (ดื่ม, เคยดื่มแต่เลิกแล้ว)

คลิก Auto ตามใบสั่งยานี้ แต่แพทย์แก้ไขได้

ไม่มีปัจจัยเสี่ยง

1 หรือ 2 ปัจจัยเสี่ยง

> 2 ปัจจัยเสี่ยง

ไม่ต้องให้ยา Omeprazole

ให้ Omeprazole ตามข้อบ่งใช้ คือ

- ป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs ให้ 1X1 ac
- ข้อบ่งใช้อื่นๆ ตาม USFDA/แนวทางเวชปฏิบัติกำหนด

หลีกเลี่ยงการใช้ NSAIDs ถ้าจำเป็นใช้ COX-2 inh.+Omeprazole

ถ้า RF = 0 ประเมินเพิ่ม

แพทย์คลิก ☐ เลือกเอง

1.โรคทางเดินอาหาร

☐ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ ระยะเวลา..... (ประมาณวันที่.....)

☐ เคยส่งกล้องทางลำคอ ระยะเวลา..... (ประมาณวันที่.....)

☐ มีอาการ..... ระยะเวลา(ประมาณวันที่.....)

2.ประวัติรับยา NSAIDs, ASA

วันที่..... รายการยา..... จำนวน.....

วันที่..... รายการยา..... จำนวน.....

3.ประวัติรับยา Prednisolone , Warfarin

วันที่..... รายการยา..... จำนวน.....

วันที่..... รายการยา..... จำนวน.....

จากหน้าซักประวัติ ต้องมีค่าที่พิมพ์เหมือนกันจะถึง Auto มาให้

จากยาย้อนหลัง 6 เดือน

รวมปัจจัยเสี่ยง.....คะแนน

☐ ยกเลิกการสั่งใช้ Omeprazole

☐ ชื่นอันการสั่งใช้ Omeprazole

ติดตาม ADR

☐ ADR-NSAIDs

☐ ADR-Omeprazole

☐ ไม่ติดตาม

ตัวเลขคะแนน แพทย์กรอกเอง

แพทย์คลิก ☐ เลือกเอง

SAVE

รูปที่ 1 หน้าจอแสดงการแจ้งเตือนและวิธีการบันทึกการประเมินความสมเหตุผลของการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP ซึ่งพัฒนาจากแนวทางปฏิบัติที่นำไปใช้จริงในโรงพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติจากกระบวนการวิจัยและพัฒนาได้แนวทางปฏิบัติที่ประกอบไปด้วย เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา การประเมินผลการรักษา และการใช้ระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรม คอมพิวเตอร์HOSxP ทุกองค์ประกอบของแนวทางปฏิบัติจะมีผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลจึงถือได้ว่าเป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของ

โรงพยาบาลที่ตรงตามบริบทอย่างแท้จริง กระบวนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติมีการทำงานเป็นลำดับและยังมีการทบทวนซ้ำก่อนนำออกมาประกาศใช้เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมและเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

จากผลการศึกษาจะพบความยาก-ง่ายในการใช้แนวทางปฏิบัติ เป็นจุดที่ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความเห็นแตกต่างกันออกไปสอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่เข้ารับการรักษาที่

แผนกผู้ป่วยในที่พบว่าร้อยละ 70 พึงพอใจว่าแนวทางการปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้ง่ายส่วนร้อยละ 30 พึงพอใจในระดับปานกลาง ปัญหาที่พบเกี่ยวข้องกับความยาก-ง่ายในการใช้แนวทางปฏิบัติฯ อาจจะเกี่ยวกับทักษะและประสบการณ์การใช้งานของผู้เข้าร่วมการศึกษาที่แตกต่างกัน¹⁴

การศึกษาพบว่าประโยชน์ของการใช้แนวทางปฏิบัติคือการเพิ่มความตระหนักของบุคลากรต่อการใช้ยาโอเมพราโซลที่สมเหตุผลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบนที่พบว่าเมื่อได้นำระบบการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่พัฒนาเองมาใช้พบว่าแพทย์มีความคิดเห็นเชิงบวกในการสั่งจ่ายยา¹⁵

มีความคิดเห็นที่มองขัดแย้งกันเกี่ยวกับความเหมาะสมกับทรัพยากรที่ว่า การนำแนวทางปฏิบัติฯ มาใช้ในโรงพยาบาลจะไม่ได้เพิ่มจำนวนบุคลากรแต่เพิ่มระยะเวลาในการซักประวัติ ประเด็นนี้ได้เกิดมาก่อนหน้าหน้านั้นแล้วในการกำหนดตัวชี้วัด RDU serviceplan ซึ่งในเวลานั้นก็เป็นเรื่องใหม่และโรงพยาบาลจะต้องนำแนวทางปฏิบัติฯ จากส่วนกลางมาใช้ซึ่งเพิ่มระยะเวลาในการทำงานเพิ่มขึ้นเช่นกันแต่เมื่อทำงานจนคล่องกับระบบใหม่ผู้ปฏิบัติงานก็จะใช้เวลาที่ลดลง

จากความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP ผู้วิจัยได้นำความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมการศึกษาไปพัฒนาระบบแจ้งเตือนในระยะต่างๆ ทั้งก่อนพัฒนา ทดลองใช้ และนำไปใช้จริง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานจริงของโรงพยาบาล เช่น การแสดงผลข้อมูลปัจจัยเสี่ยงแบบอัตโนมัติเมื่อมีการสั่งจ่ายโอเมพราโซล กรอบแนวคิดของการพัฒนาระบบแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP นี้มีความสอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูก

สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีการพัฒนาหลายระยะก่อนนำไปใช้ปฏิบัติงานจริง¹⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. โรงพยาบาลชุมพลบุรีสามารถนำแนวทางการพัฒนาแนวทางปฏิบัติไปปรับใช้กับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติอื่น ๆ ของโรงพยาบาล คือ เริ่มต้นพัฒนาแนวทาง ทดลองใช้และนำไปใช้จริง โดยมีการติดตามประเมินผลจากการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้

2. โรงพยาบาลชุมพลบุรี สามารถนำการใช้ระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยในจุดบริการอื่น ๆ นอกเหนือจากแผนกผู้ป่วยนอก เช่น ห้องฉุกเฉิน, ห้องตรวจ PCU หรือห้องตรวจอื่น ๆ

3. โรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีสภาพปัญหาการใช้ยาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผลในการป้องกันผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs สามารถนำแนวทางนี้ไปปรับใช้ได้ ดังนี้ 1) แนวทางปฏิบัติที่เป็นแบบประเมิน สามารถนำไปใช้ได้ตั้งแต่ขั้นตอนการซักประวัติ การตรวจรักษา การจ่ายยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2) การใช้ระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลที่ใช้ HOSxP เหมือนกัน โดยการคัดลอกคำสั่งและปรับรหัสยาตามรหัสยาของแต่ละโรงพยาบาลตั้งไว้ได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ที่อนุมัติให้ใช้ฐานข้อมูลเวชระเบียนในการวิจัย และขอขอบคุณเภสัชกรประเสริฐ อาปัดชิง เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ที่ช่วยเหลือในพัฒนาระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Promoting rational use of medicines [online]. 2022 [cited 1 Mar 2022]. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines>.

- 2.คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565 (คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงจาก: http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file//20210330101713.pdf.
- 3.คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
- 4.เวโรจน์ เหล่าโกสิน, สุภานัน เตชะปักษ์, สิริอร ภาคพิขเจริญ, จิรวิญญ์ ยาดี, นันทวรรณ กิติกรณารณ. ความปลอดภัยของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease).บทความวิชาการ ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์; 2561.
- 5.Khan MA, Howden CW. The role of proton pump inhibitors in the management of upper gastrointestinal disorders. Gastroenterol Hepatol (NY) 2018; 14: 169-75.
- 6.สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. รายงานการศึกษาประสิทธิผลรักษาและความปลอดภัยของยายับยั้งการหลั่งกรดกลุ่ม Proton Pump Inhibitors. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2555.
- 7.พิชญา อุดมศิลป์, ตุลการ นาคพันธ์ และอุไรวรรณ อภินิตย์. การประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2566; 15(1): 1-10.
- 8.Lanza FL., Chan FK. Quigley EM. Parameter Committee of the American College of Gastroenterology (2009). Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications 2009. The American Journal of Gastroenterology. 104, 728-38.
- 9.World Health Organization. ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10) [online]. 2019 [cited Oct 1, 2022]. Available from: icd.who.int/brow se10/2019/en.
- 10.Omeprazole. In: DRUGDEX [database on the Internet]. Greenwood Village (CO): IBM Corporation; 2022 [cited 2022 Oct 1]. Available from: www.micromedexsolutions.com. Subscription required to view.
- 11.Pittayanon R, Leelakusolvong S, Vilaichone RK, Roj borwonwitaya J, Treeprasertsuk S, Mairiang P, et al. Thailand dyspepsia guidelines: 2018. Neurogastroen terol Motil 2019; 25: 15-26.
- 12.คณะกรรมการผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย พ.ศ. 2563. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย พ.ศ. 2563 (Thailand GERD guideline 2020). กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล; 2563.
- 13.กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร. แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (Helicobacter pylori) ในประเทศไทย พ.ศ 2558. กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์ เมดิคัล จำกัด; 2558.
- 14.กนกนุช พิลากุล. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. พ.ศ. 2567;9(1):786-794.
- 15.อัจฉรา ไชยธรรม, หทัยกาญจน์ เขาวนพูลผล. การพัฒนาระบบการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล: กรณีศึกษาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน. วารสารเภสัชกรรมไทย. พ.ศ. 2564;13(1):74-87.
- 16.ละมัย รอดทรัพย์, อรนิต สุรินทรการ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. พ.ศ. 2556;21(1):22-34.

การประเมินผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซล
ในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์
ที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

Outcome evaluation of clinical practice guideline of rational use of Omeprazole according for
prophylaxis of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) associated gastrointestinal
ulcers developed by Chumphonburi hospital, Surin province.

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 27,2024 ; Accepted: June 29,2024)

พิชญา อุดมศิลป์¹, อุไรวรรณ อกนิษฐ์², ตูลาการ นาคพันธ์³
Pichaya Udomsin¹, Uraiwan Akanit², Tulakarn Nakpun³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้ามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสมเหตุผลของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซลและประเมินมูลค่ายาในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs; NSAIDs) เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติฯ และประเมินปัญหาการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มารับยาแอสไพรินต่อเนื่อง หรือมาด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อที่ได้รับ NSAIDs และอาจได้รับยาป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารระยะเวลา 1 เดือน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 16 สิงหาคม – 15 กันยายน พ.ศ.2566 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยทั้งหมด 100 รายที่มีการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินจำนวน 91 ราย และมี 9 รายที่ได้รับยานาพรอกเซน หลังพัฒนาแนวทางปฏิบัติฯ และนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยมีการใช้ยาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผลลดลงจากร้อยละ 46.35 เหลือร้อยละ 9.00 และมูลค่ายาโอเมพราโซลที่ใช้ไม่สมเหตุผลลดลงจาก 96.74 บาทต่อราย เหลือ 13.03 บาทต่อราย ปัญหาการใช้ยาคือความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 13 ราย รองลงมาคือ การได้รับยาที่ไม่จำเป็นหรือไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ จำนวน 9 ราย

คำสำคัญ: การประเมิน, ผลลัพธ์, แนวทางปฏิบัติ, ความสมเหตุผล, โอเมพราโซล, ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

Abstract

This study is a prospective data collection aimed at evaluating the appropriateness of omeprazole prescription and assessing the cost of medication in preventing gastrointestinal ulcers caused by Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs), comparing before and after implementing practice guidelines, and assessing drug use problems. The sample group consists of patients receiving outpatient services who continuously receive aspirin or present with muscle pain and are given NSAIDs and may receive medication to prevent gastrointestinal ulcers for a period of 1 month. The study was conducted between August 16 and September 15, 2023, using descriptive statistics for data analysis.

The study found that among 100 patients using omeprazole to prevent gastrointestinal ulcers from NSAIDs, the majority were patients receiving aspirin (n =91) and the rest receiving naproxen (n=9). After developing and implementing the practice guidelines, the inappropriate use of omeprazole decreased from 46.35% to 9.00%, and the cost of inappropriate omeprazole use decreased from 96.74 baht per patient to 13.03 baht per patient. The drug use problems identified were patient compliance (n=13), followed by unnecessary or non-evidence-based medication use (n=9).

Keywords: Evaluation, Outcome, Guideline, Rational, Omeprazole, NSAIDs

¹ เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชกรรมสังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

การใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs เป็นข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (United State Food and Drug Administration: USFDA) แต่มีกำหนดในแนวทางเวชปฏิบัติของ American College of Gastroenterology (ACG)¹ เช่นเดียวกับไม่มีการระบุข้อบ่งชี้ที่ขึ้นทะเบียนโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประเทศไทย (อ.ย.) แต่มีการระบุข้อบ่งชี้อื่นในเวชปฏิบัติของประเทศไทย คือ ในรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenal ulcer & Peptic ulcer), แผลในระบบทางเดินอาหารจากเชื้อ *H. Pylori* (*Helicobacter pylori* eradication), โรคกรดไหลย้อน (Symptomatic GERD), หลอดอาหารอักเสบจากกรดไหลย้อน (Reflux esophagitis), ภาวะอาหารไม่ย่อยเนื่องจากมีกรดในกระเพาะอาหารมากเกินไป (Dyspepsia) และกลุ่มอาการโซลลิงเจอร์-เอลลิสัน (Zollinger-Ellison syndrome)²

ตามกรอบบัญชียาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มียาในกลุ่ม PPIs เพียงรายการเดียว คือ ยาโอเมพราโซล ขนาด 20 มก. ชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นรายการยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปี พ.ศ.2565 ยานี้จัดให้อยู่กลุ่มยา Gastro-intestinal system ใช้ใน Ulcer-healing drugs and drugs used in variceal bleeding³ โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยในการป้องกันแผลในทางเดินอาหาร เนื่องจากการใช้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา เพื่อให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล และควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาให้มีประสิทธิภาพ ข้อมูลการใช้ยาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า มีมูลค่าการใช้ยาโอเมพราโซลสูงอันดับที่ 5 ของมูลค่ายาทั้งหมดของโรงพยาบาล โดยปีงบประมาณ 2565 มีการสั่งใช้ยามูลค่าสูงถึง 1,101,324 บาท และจากผลการศึกษาของผู้วิจัย⁴ จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือ HOSxP

ของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2563 มีการใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานร่วมกับยา NSAIDs ทั้งหมด 29,992 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่ายาโอเมพราโซล 2,876,489 บาท หรือ 95.91 บาทต่อใบสั่งยา เมื่อประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ตามแนวทางเวชปฏิบัติของ American College of Gastroenterology (ACG)⁵ พบว่า มีการใช้ยาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผล ทั้งหมด 9,011 ใบสั่งยา (ร้อยละ 30.04) คือ มีการใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร 8,676 ใบสั่งยา (ร้อยละ 28.93) คิดเป็นมูลค่ายา 715,370.50 บาท และมีการใช้ขนาดยาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผลตามข้อบ่งชี้ของ USFDA หรือแนวทางเวชปฏิบัติ^{1,5-9} จำนวน 335 ใบสั่งยา (ร้อยละ 1.11) คิดเป็นมูลค่ายา 43,828 บาท หรือคิดเป็นมูลค่ายาโอเมพราโซลที่ใช้ไม่สมเหตุผลตามแนวทางปฏิบัติฯ ทั้งหมด 759,198 บาท เฉลี่ยปีละ 253,066 บาท หรือ 25.31 บาทต่อใบสั่งยาที่ส่งจ่ายร่วมกับ NSAIDs แสดงให้เห็นว่า ยังมีผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น หรือไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (unnecessary drug therapy)

จากปัญหาข้างต้นโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีการส่งจ่ายยาอย่างสมเหตุผลซึ่งจะทำให้เกิดการรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกินจำเป็นของโรงพยาบาล จึงต้องทำการศึกษาเพื่อผลลัพธ์ของการนำแนวทางปฏิบัติฯ ไปใช้จริง

วัตถุประสงค์

1. ประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ของโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบกับก่อนและหลังพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

2. ประเมินมูลค่ายาโอเมพราโซลของโรงพยาบาล ที่ใช้ไม่สมเหตุผลในการป้องกันแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

3. ประเมินปัญหาการใช้ยา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) โดยการประเมินผลหลังจากนำแนวทางปฏิบัติในการประเมินความสมเหตุผลการใช้ยา

ประชากรศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมพลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มารับยาแอสไพรินต่อเนื่อง หรือมาด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ ได้รับ NSAIDs และอาจได้รับยาป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม – 15 กันยายน พ.ศ.2566 และเก็บข้อมูลจากตัวอย่างที่ยินยอมให้เก็บข้อมูลได้ ทำการเก็บข้อมูลจนกว่าจะได้ข้อมูลครบตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้ เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ 1)ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมพลบุรี ทั้งเพศหญิงและหญิง 2) ได้รับการคัดกรองจากพยาบาลคัดกรอง คือ เป็นผู้ป่วยที่มารับยาแอสไพรินทุกขนาด (81 มก. หรือ 300 มก.) ต่อเนื่อง หรือมาด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ ได้รับ NSAIDs (รวม short course) และอาจได้รับยาป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหาร เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค รายการยา วิธีการใช้ยา และขนาดยาที่ได้รับ 2) ผู้ป่วยไม่ได้รับ NSAIDs รวมถึงยาแอสไพรินทุกขนาด (81 มก. หรือ 300 มก.) 3) ผู้ป่วยมีประวัติการใช้ NSAIDs รวมถึงยาแอสไพรินทุกขนาด (81 มก. หรือ 300 มก.) แต่วันที่เข้าโครงการไม่ได้รับ

ยา ขนาดตัวอย่างใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเพื่อประมาณค่าสัดส่วน ต้องการให้ได้ค่าประมาณ ที่มีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ ในประชากร และมีความแม่นยำ เพื่อให้มีความน่าเชื่อถือ โดยการนำค่าสัดส่วนไปคำนวณเป็นร้อยละในการวิจัยนี้ประมาณค่าเป็นช่วงความเชื่อมั่น 95% ($Z^2_{\alpha/2} = [1.96]^2$) และความแม่นยำอยู่ในช่วง ± 10 ($E=0.1$) $\pi = 0.3$

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \pi (1-\pi)}{E^2}$$

ดังนั้น ตัวอย่างในงานวิจัยนี้ เท่ากับ 100 ตัวอย่างการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักการของความน่าจะเป็น ทำการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ

เครื่องมือที่ใช้การศึกษาและการแปลผล

แบบประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยา NSAIDs โดยการประเมินผ่านระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP (พัฒนาจากการวิจัยระยะที่ 1) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ เพศ อายุ สิทธิการรักษา รหัสการวินิจฉัย ประวัติอื่นๆ (การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์) ผู้ดูแลในการใช้ยา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ ยาโอเมพราโซล NSAIDs และยาเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร ประกอบด้วย ชื่อยา ขนาดยา จำนวนยา มูลค่ายา และวันที่ได้รับ

นำข้อมูลปัจจัยเสี่ยงจากส่วนที่ 1 และ 2 มาจัดระดับความเสี่ยง เพื่อประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs

ส่วนที่ 3 ผลการติดตามการปัญหาการใช้ยา (อ้างอิง) ได้แก่ ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (Additional drug therapy) ได้รับยาที่ไม่จำเป็น หรือไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (unnecessary drug therapy) ได้รับยาผิด หรือได้รับยาไม่เหมาะสม (wrong drug) ได้รับยาถูกต้อง แต่ขนาดต่ำกว่าที่ควรได้รับ (dosage too low) ได้รับยาถูกต้อง แต่ขนาดสูงกว่าที่ควรได้รับ

(dosage too high) เกิดปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการแพ้ยา (adverse drug reaction and drugs allergy) เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (compliance)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จุดคัดกรองผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก

พยาบาลวิชาชีพจะคัดกรองผู้ป่วยที่มารับยาแอสไพรินต่อเนื่อง หรือมาด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ อาจได้รับ NSAIDs และอาจได้รับยาป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหาร ถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารของผู้ป่วย ได้แก่ โรคทางเดินอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เภสัชกรผู้วิจัยชักชวนผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มประชากร ร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย โดยการอธิบายที่มาและความสำคัญของงานวิจัยนี้ ถ้าผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัย เภสัชกรผู้วิจัยจะให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและขอเก็บรวบรวมข้อมูล

ห้องตรวจโรคแผนกผู้ป่วยนอก

แพทย์เมื่อมีการสั่งใช้ NSAIDs แพทย์จะทำแบบประเมินระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร เพื่อจัดกลุ่มระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย ถ้าข้อมูลไม่ครบถ้วน แพทย์จะซักประวัติและตรวจเพิ่มเติม กรณีที่มีการสั่งใช้ยาโอเมพราโซลเมื่อพิมพ์ชื่อยา “Omeprazole” ในโปรแกรม HOSxP จะมี pop up ข้อความแจ้งเตือนบนหน้าจอแจ้งความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ก่อนยืนยันการจ่ายยาโอเมพราโซลในผู้ป่วย

ห้องจ่ายยาแผนกผู้ป่วยนอก

เภสัชกรตรวจสอบแบบประเมินระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร เมื่อมีการใช้ยา NSAIDs ของอาสาสมัคร ประวัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเพิ่มเติม กรณีถ้าพบไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติฯ มีช่องทางให้คำปรึกษาวิธีปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวทางการจ่ายยาโอเมพราโซลอย่างสมเหตุสมผลเพื่อลดระยะเวลาการรอทบทวนคำสั่งการใช้ยา เภสัชกรแจ้งข้อมูลเพิ่มเติมแก่แพทย์ ผ่านช่องทางการติดต่อที่จัดทำขึ้น เภสัชกรจ่ายยาและให้ข้อมูลยาโอ

เมพราโซลแก่ผู้ป่วย เภสัชกรผู้วิจัยทำการติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดย Naranjo's algorithm และติดตามปัญหาจากการรักษาด้วยยาหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เภสัชกรผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการติดตามการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปัญหาจากการใช้ยาใช้การพรรณนา

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง COA No.27/2566 วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ ผู้ป่วยดูแลการรับประทานยาด้วยตนเอง ไม่มีประวัติแพ้ยา โดยผู้ป่วยแต่ละรายได้รับยาเฉลี่ย 7.23 ± 2.79 รายการ มีโรคเรื้อรัง 2.24 ± 1.14 โรคมากที่สุด คือ โรคไตวาย รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีผู้ป่วยที่มีโรคระบบทางเดินอาหาร 6 ราย ได้รับยาทั้งหมด 90,717.75 บาท คิดเป็นมูลค่ายาโอเมพราโซล 10,621.00 บาท

การประเมินความสมเหตุสมผลในการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร

จากการประเมินความสมเหตุสมผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs ในผู้ป่วยทั้งหมด 100 ราย ได้รับยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs จำนวน 87 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับยาในขนาด 20 มก. วันละ 1 ครั้ง คิดเป็นมูลค่ายาโอเมพราโซล

10,621 บาท หรือ 106.21 บาทต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการประเมินทั้งหมด

ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับ แอสไพริน 81 มก. (91 คน) มีเพียง 9 รายที่ได้รับ นาพรอกเซน 250 มก. ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs มากกว่า 1 ชนิดหรือได้รับยา NSAIDs ในขนาดที่สูง มีการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางเดินอาหารทั้งหมด 6 ราย คือ ใช้ในโรคดิสเปปเซีย มีการใช้ยาโอเมพราโซลร่วมกับยาที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดแผลทางเดินอาหาร 3 ราย คือ ใช้ร่วมกับโคลิโดเกรล และ เพรดนิโซโลน นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสริมทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารจำนวน 5 ราย คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ 2 ราย และการสูบบุหรี่ 3 ราย

เมื่อแบ่งตามจำนวนปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินทั้งหมด พบว่า มีการใช้โอเมพราโซลในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง 1 ปัจจัย มากที่สุด คือ ใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จำนวน 69 ราย รองลงมา คือ ไม่ได้ใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัย จำนวน 13 ราย และใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง แต่ใช้ยาโอเมพราโซล จำนวน 9 ราย

ความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซล แยกตามจำนวนปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดิน อาหารจากการใช้ NSAIDs

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง: กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง 1 หรือ 2 ปัจจัย การใช้ยาในกลุ่มนี้ถือว่ามีความสมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ หากใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับข้อบ่งใช้ในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs คือขนาด 20 มก. วันละ 1 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยมีโรคทางเดินอาหารอื่นร่วมจะใช้ขนาดยาตามคำแนะนำ USFDA หรือแนวทางเวชปฏิบัติร่วมพิจารณา พบว่า มีการใช้ยาโอเมพราโซลอย่างสมเหตุผล จำนวน 78 ราย คิดเป็นมูลค่ายาโอเมพราโซล 9,487.50 บาท

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ: กลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 ปัจจัย ถ้ามีการใช้ยาโอเมพราโซลถือว่าเป็นการใช้ยาโอเมพราโซลอย่างไม่สมเหตุผลตามข้อบ่งใช้

ในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs มีผู้ป่วยจำนวน 9 ราย คิดเป็นมูลค่ายาโอเมพราโซล 1,133.50 บาท โดยมีการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดแผลทางเดินอาหาร 1 ราย คิดเป็นมูลค่ายา 142.50 บาท นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่แพทย์ได้ประเมินและพิจารณาหยุดยาโอเมพราโซล จำนวน 13 ราย

มูลค่าการใช้ยาโอเมพราโซลที่ไม่สมเหตุผล ในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs ก่อน และหลังพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

พบว่า หลังพัฒนาแนวทางปฏิบัติฯ และนำไปใช้ประเมินผู้ป่วย มีร้อยละการใช้ยาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผลลดลงจากร้อยละ 46.35 เป็นร้อยละ 9.00 และมูลค่ายาโอเมพราโซลที่ใช้ไม่สมเหตุผลลดลงจาก 96.74 บาทต่อราย เป็น 13.03 บาทต่อราย (จาก 87 รายที่ได้รับยาโอเมพราโซล)

เมื่อโรงพยาบาลชุมพลบุรี มีการใช้แนวทางปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs ทำให้มีร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานไม่สมเหตุผลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs เท่ากับ 9.00 ลดลงจากก่อนการพัฒนา 46.35 (ร้อยละ 30.04 ของใบสั่งยาที่มียาโอเมพราโซลร่วมกับ NSAIDs ทั้งหมด) และมูลค่ายาโอเมพราโซลที่ใช้ไม่สมเหตุผลคิดเป็น 13.03 บาทต่อผู้ป่วยที่ได้รับยาโอเมพราโซลร่วมกับ NSAIDs ทั้งหมด (87 ราย) ลดลงจากก่อนการพัฒนาแนวทางฯ 96.74 บาทต่อผู้ป่วยที่ได้รับยาโอเมพราโซลร่วมกับ NSAIDs ทั้งหมด (25.31 บาทต่อใบสั่งยา) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการใช้แนวทางปฏิบัติ
ก่อนและหลังพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

รายการ	ก่อนพัฒนา แนวทาง ปฏิบัติ	หลังพัฒนาแนวทาง ปฏิบัติประเมิน ผู้ป่วย
ร้อยละการใช้ยาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผล	46.35	9.00
มูลค่ายาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผลต่อราย (บาท)	96.74	13.03

ผลการติดตามปัญหาการใช้ยา

จากการค้นหาและติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา จำแนก 8 ประเภทตาม American Society of hospital หลังจากผู้ป่วยได้รับการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs 1 สัปดาห์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

ที่	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	จำนวน
1	ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (Additional drug therapy)	0
2	ได้รับยาที่ไม่จำเป็น หรือไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (unnecessary drug therapy)	9
3	ได้รับยาผิด หรือได้รับยาไม่เหมาะสม (wrong drug)	0
4	ได้รับยาถูกต้อง แต่ขนาดต่ำกว่าที่ควรได้รับ (dosage too low)	0
5	ได้รับยาถูกต้อง แต่ขนาดสูงกว่าที่ควรได้รับ (dosage too high)	0
6	เกิดปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการแพ้ยา (adverse drug reaction and drugs allergy)	6
7	เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction)	0
8	ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (compliance)	13

ผู้ป่วยรับยาที่ไม่จำเป็น หรือไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (unnecessary drug therapy)

พบผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งหมด 9 ราย คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs แต่ได้รับยาโอเมพราโซล ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยเคยมีประวัติโรคระบบทางเดินอาหาร ได้รับการรักษาโรคระบบทางเดินอาหาร ได้รับยาโอเมพราโซล ร่วมกับยาลดกรดชนิดน้ำแขวนตะกอนและยาไซเมทิโคน แต่อาการดีขึ้น ไม่มีอาการ ณ วันที่รับการรักษา และประเมินการใช้ยาโอเมพราโซล จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยมีประวัติได้รับยาโคลพิโดเกรล 75 มก. เพื่งหยุดยา ผู้ป่วยมีความกังวลการเกิดแผลทางเดินอาหาร เพราะรับประทานยาไม่ตรงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยอายุ 64 ปี 8 เดือน จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมีอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง ต้องรับยาแก้ปวด และรักษา

ต่อเนื่อง จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยได้รับยาทั้งหมด 11 รายการ และรับประทานยา แอสไพริน 81 มก. ไม่ตรงเวลา จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยอายุ 62 ปี มีปัจจัยเสริมเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs คือ ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 5 มวนต่อวัน จำนวน 1 ราย

ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการแพ้ยา (adverse drug reaction and drugs allergy)

พบผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งหมด 6 ราย ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยได้รับยา NSAIDs และได้รับยาโอเมพราโซล ป้องกันแผลทางเดินอาหาร แต่ยังมีอาการปวดแสบท้อง มีประวัติเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นดิสเปปเซีย จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอื่น ๆ จำนวน 4 ราย ผู้ป่วยแจ้งมีอาการข้อเท้าบวม ตั้งแต่เริ่มได้รับยาแอมโลดิพีน 5 มก. จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมีอาการมึนงง วิงเวียน เหนื่อยเพลีย หลังได้รับยาทรามาดอล 50 มก.จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกเรื้อรัง หลังได้รับยาทรามาดอล 50 มก. จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกเรื้อรัง หลังได้รับยาเฟอร์รัสฟูมาเรต 200 มก. จำนวน 1 ราย

ผู้ป่วยมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (compliance)

พบผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งหมด 13 ราย ปัญหาที่พบ คือ ปัญหาการใช้ยาเทคนิคพิเศษ จำนวน 5 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับยาเทคนิคพิเศษ ทั้งหมด 37 ราย คือ ผู้ป่วยไม่ใช้ยาอินซูลิน Mixtard®, NPH ตามขนาดยาที่ควรได้รับ จำนวน 3 ราย เกิดจากผู้ดูแลไม่ได้อ่านฉลากยา 2 ราย และผู้ป่วยปรับลดเอง 1 ราย ผู้ป่วยไม่ใช้ยาหยอดตา Hista oph® ตามขนาดยาที่ควรได้รับ จำนวน 1 ราย เกิดจากผู้ป่วยปรับลดวิธีการบริหารยาเอง จากวันละ 4 ครั้ง เป็นวันละ 1 ครั้งแทน ผู้ป่วยไม่ใช้ยาพ่นตามขนาดยาที่ควรได้รับ จำนวน 1 ราย สาเหตุ พบว่า เกิดจากผู้ป่วยเข้าใจผิดจากใช้ยาทุกวัน โดยให้พ่นยาครั้งละ 2 ที่ วันละ 2 ครั้ง แต่ผู้ป่วยใช้เฉพาะเวลามีอาการหอบหืด

ปัญหาการรับประทานยาไม่ตรงตามขนาดยาที่ควรได้รับ จำนวน 4 ราย ผู้ป่วยปรับลดยาเอง 1 ราย

คือ ยารักษาโรคพาร์กินสัน คาร์บิโดปา 25 มก. + เลโวโดปา 250 มก. (จากรับประทานวันละ 3 ครั้ง ปรับเป็นวันละ 2 ครั้ง) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3 ราย คือ ผู้ป่วยรับประทานยามานิดิ-ฟิน 20 มก. และ ซิมวาสแตติน 20 มก. ส่วนอีก 1 ราย ถ้าช่วงที่ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวด จะหยุดยาโรคประจำตัวทั้งหมดเอง

ปัญหาการใช้ยาอื่น นอกเหนือจากแพทย์สั่งใช้ จำนวน 4 ราย คือ ผู้ป่วยมีการใช้ยาอื่น ไม่สามารถระบุชนิดได้รับจากร้านยาหรือคลินิกการพยาบาล แต่ไม่ได้แจ้งเมื่อประเมินการใช้ยาโอเมพราโซล เป็นยาชนิดรับประทาน 2 ราย และยาฉีด 1 ราย ส่วนอีก 1 รายมีการใช้สมุนไพรใบหม่อน เฉาก๊วย และยอดมะรุ้ม

สรุปและอภิปรายผล

ผลต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วยได้รับยาโอเมพราโซลอย่างสมเหตุสมผลตามข้อบ่งใช้และในขนาดที่เหมาะสม ไม่ได้รับยาเกินจำเป็น โดยมีการติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา NSAIDs ที่ไม่ได้รับยาโอเมพราโซล และติดตามปัญหาจากการใช้ยาอื่น ๆ ของผู้ป่วย ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานไม่สมเหตุสมผลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs เท่ากับ 9.00 ลดลงจากก่อนการพัฒนา 46.35 (ร้อยละ 30.04 ของใบสั่งยาที่มียาโอเมพราโซลร่วมกับ NSAIDs ทั้งหมด) ผลทำให้ผู้ป่วยที่รับได้รับยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs อย่างสมเหตุสมผล ทั้งตามข้อบ่งใช้และขนาดยา ผู้ป่วยไม่ได้รับยาโอเมพราโซลเกินความจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาผลของกระบวนการแทรกแซงโดยเภสัชกรต่อความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล ในโรงพยาบาลอ่างทองที่พบว่า เมื่อมีการนำแนวทางการสั่งใช้โอเมพราโซลที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทองมาใช้พบว่าความเหมาะสมของการสั่งใช้โอเมพราโซลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.4¹⁰

การติดตามปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร ได้รับยา NSAIDs แต่ไม่ได้รับยาโอเมพราโซล เพื่อประเมินอาการไม่พึงประสงค์ระบบทางเดินอาหารจากการได้ยา NSAIDs จำนวน 13 ราย พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 13 ราย ไม่มีอาการผิดปกติ

ผลต่อค่าใช้จ่ายโรงพยาบาล

โรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายด้านยา โดยลดมูลค่ายาโอเมพราโซลที่ใช้ไม่สมเหตุสมผล ประหยัดและใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า สามารถนำงบประมาณส่วนนี้ไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยด้านอื่นแทน ลดมูลค่ายาโอเมพราโซลที่ใช้ไม่สมเหตุสมผลคิดเป็น 13.03 บาทต่อผู้ป่วยที่ได้รับยาโอเมพราโซลร่วมกับ NSAIDs ทั้งหมด (87 ราย) ลดลงจากก่อนการพัฒนาแนวทางฯ 96.74 บาทต่อผู้ป่วยที่ได้รับยาโอเมพราโซลร่วมกับ NSAIDs ทั้งหมด (25.31 บาทต่อใบสั่งยา) ผลการลดมูลค่าการใช้ยาโอเมพราโซลที่ไม่สมเหตุสมผล ทำให้โรงพยาบาลใช้งบประหยัดและคุ้มค่า แม้การลดมูลค่ายาได้ไม่มากนัก แต่สามารถลดผู้ป่วยได้รับยาโอเมพราโซลเกินจำเป็น เพราะการได้รับยาโดยไม่มีความจำเป็น ส่งผลเกิดอาการข้างเคียงแก่ผู้ป่วยได้ เช่น เพิ่มความเสี่ยงขาดวิตามินบี 12 ระดับแมกนีเซียมต่ำ โรคปอดอักเสบที่เกิดในชุมชน และการเกิดกระดูกสะโพกหัก เป็นต้น นอกจากนี้ การได้รับยาเกินจำเป็นยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาโอเมพราโซลกับยาโคลพิโดเกรลเพิ่มมากขึ้นได้ ส่งผลแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ยาโอเมพราโซลเกินความจำเป็นและความสูญเสียทางการเงินในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่พบว่าการได้รับยาโอเมพราโซล ร้อยละ 69.98 เป็นการให้ยาเกินจำเป็น มูลค่าที่สูญเสียโดยรวมคิดเป็น 401,402 บาท ในระยะเวลา 5 ปี หรือประมาณ 80,280 บาทต่อปี ค่าเฉลี่ยความสูญเสียทางการเงิน คิดเป็น 23.35 ± 18.12 บาทต่อครั้ง และมีการเสนอให้มีการสร้างแนวทางการสั่งจ่ายยาโอเมพราโซลอย่างสมเหตุสมผล เพื่อช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล¹¹

ประโยชน์ของการวิจัยในทางปฏิบัติ

เภสัชกรสามารถใช้ประโยชน์จากการวิจัยนี้ นำไปใช้ในการส่งเสริมการใช้อาโอเมพราโซล อย่างสม เหตุผลในโรงพยาบาลต่าง ๆ ดังนี้

1. ทบทวนประวัติการใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารที่ได้รับจากโรงพยาบาล

2. ค้นหาปัญหาการใช้ยาอื่น เช่น ยาชุดแก้ปวด ยาสมุนไพร หรือยาลูกกลอนอื่น ๆ อาจเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผสมยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ด้วย

3. ทบทวนประวัติการใช้ยาโดยการประสานรายการยาที่ได้รับจากสถานพยาบาลต่าง ๆ เพราะผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค ได้รับยาหลายชนิด อาจได้รับ NSAIDs หรือยาเพิ่มความเสี่ยงการเกิดแผลทางเดินอาหารซ้ำซ้อน

4. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ NSAIDs เนื่องจากผู้ป่วยรับประทาน NSAIDs ไม่ถูกต้อง หรือไม่รับประทานยาโอเมพราโซล

5. ติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาโอเมพราโซล หรือผู้ป่วยที่มีโรคทางเดินอาหารร่วมเพื่อส่งต่อข้อมูลประวัติยา อาหารเสริมและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ และความร่วมมือในการใช้ยาให้แก่แพทย์ เพื่อใช้ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร ก่อนพิจารณาสั่งใช้ยาโอเมพราโซลแก่ผู้ป่วย

ข้อจำกัด

เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางและเครื่องมือที่

ใช้ในการวินิจฉัยโรคระบบทางเดินอาหาร ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยโรคบางโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ของยาโอเมพราโซล ได้ชัดเจน เช่น ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อยืนยันการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ประวัติปัจจัยเสริมการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร ผู้ป่วยบางรายให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน การประเมินความสมเหตุผลคลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะ

การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้จริง ในระยะยาว (1 ปีงบประมาณ) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังพัฒนาแนวทางปฏิบัติเนื่องจากเป็นการประเมินความสมเหตุผลของยาเพียงรายการเดียว ถ้าใช้แนวทางนี้ในการประเมินความสมเหตุผลของยารายการอื่นร่วม จะช่วยลดมูลค่าการใช้ยาไม่สมเหตุผลของโรงพยาบาลได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ ที่อนุมัติให้ใช้ฐานข้อมูลเวชระเบียนในการวิจัย และขอขอบคุณเภสัชกรประเสริฐ อาปัดชิง เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ที่ช่วยเหลือในพัฒนาระบบการแจ้งเตือนการสั่งยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxP

เอกสารอ้างอิง

- 1.Khan MA, Howden CW. The role of proton pump inhibitors in the management of upper gastrointestinal disorders. Gastroenterol Hepatol (NY) 2018; 14: 169-75.
- 2.สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. รายงานการศึกษาประสิทธิภาพการรักษาและความปลอดภัยของยายับยั้งการหลั่งกรดกลุ่ม Proton Pump Inhibitors. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2555.
- 3.คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 182 ง (ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2565).
- 4.พิชญา อุดมศิลป์, ตุลการ นาคพันธ์ และอุไรวรรณ อภิสิทธิ์. การประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2566; 15(1): 1-10.

- 5.Lanza FL., Chan FK. Quigley EM. Parameter Committee of the American College of Gastroenterology (2009). Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications 2009. The American Journal of Gastroenterology. 104, 728-38.
- 6.Omeprazole. In: DRUGDEX [database on the Internet]. Greenwood Village (CO): IBM Corporation; 2022 [cited 2022 Oct 1]. Available from: www.micromedexsolutions.com. Subscription required to view.
- 7.Pittayanon R, Leelakusolvong S, Vilaichone RK, Roj borwonwitaya J, Treeprasertsuk S, Mairiang P, et al. Thailand dyspepsia guidelines: 2018. Neurogastroenterol Motil 2019; 25: 15-26.
- 8.คณะกรรมการผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย พ.ศ. 2563. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย พ.ศ. 2563 (Thailand GERD guideline 2020). กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล; 2563.
- 9.กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร. แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) ในประเทศไทย พ.ศ 2558. กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์ เมดิคัล จำกัด; 2558.
- 10.พนารัตน์ ชูติมานุกูล และปภัสรา วรรณทอง. การศึกษาผลของกระบวนการแทรกแซงโดยเภสัชกรต่อความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล ในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2567; 30(1): 14-25.
- 11.ภาวิตา จริยาเวช และปิยะเมธ ดิลกธรสกุล. การใช้ยาโอเมพราโซลเกินความจำเป็นและความสูญเสียทางการเงินในบริบทโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2561; 10(2) : 437-448.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี

Relationship between Health Literacy in sexuality education with the sexual behavior of
secondary school students, Chonburi Province.

(Received: June 22,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 26,2024)

สุวิมล เสาวรส์¹, นุชจรินทร์ พูลสวัสดิ์¹,พรพรรณ เจริญวัฒนวิญญู¹ , รติรัตน์ วัฒนาศกุลรัตน์¹

Suwimol Saovaros¹, Nuchjarin Poolsawat¹, Pornpun Jaroenwattanawinyu¹ , Ratirat Wuttanasakulrad¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา พฤติกรรมทางเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ปี การศึกษา 2566 จังหวัดชลบุรี จำนวน 596 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ chi - square test

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 57.2 อายุเฉลี่ย 15.38 ปี (SD = 1.74) ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ = 4.10, SD= 0.56) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.43, SD = 0.62) จำนวน 507 คน (ร้อยละ 85.1) รองลงมา ด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.61) จำนวน 521 คน (ร้อยละ 87.4) ด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.10, SD = 0.80) จำนวน 441 คน (ร้อยละ 74.0) ส่วนด้านที่พบน้อยที่สุด คือ ด้านการชักถาม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.50, SD = 0.91) จำนวน 289 คน (ร้อยละ 48.5) ตามลำดับ ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา, พฤติกรรมทางเพศของนักเรียน

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to study relationship between Health Literacy in sexual education with the sexual behavior among secondary school students in Chonburi Province. The sample group was 596 students in Mathayoms 1 - 6, academic year 2023, in Chonburi Province. Data were collected using a questionnaire on the relationship between knowledge of sexual education and life skills and sexual behavior of secondary school students. Chonburi. Province Data were analyzed using descriptive statistics. and find relationships using chi - square test statistics.

The results of the study found that the majority of the sample were male, 57.2% aged 15-19 years, with an average age of 15.38 years (SD = 1.74). Sexual education knowledge is at good level percent ($\bar{X}$ = 4.10, SD= 0.56). When classily by aspect. Behavior aspect is at good level 507 people, 85.1 percent ($\bar{X}$ = 4.43, SD = 0.62). Decision aspect is at good level, 521 people, 87.4 percent ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.61). Understanding aspect is at good level 441 people, 70.4 percent ($\bar{X}$ = 4.10, SD = 0.80). Sexual behavior aspect is at relatively Moderate level, 289 people, 48.5 percent ($\bar{X}$ = 3.50, SD = 0.91). Sexual health literacy was associated with student's sexual behavior. Knowledge of sexuality education has a statistically significant relationship with students' sexual behavior ($p < 0.001$).

Keywords: Health Literacy in sexuality education, sexual behavior of students

บทนำ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ได้ให้
ความหมายของวัยรุ่น คือบุคคลอายุเกินสิบปีบริบูรณ์
แต่ยังไม่ถึงยี่สิบปีบริบูรณ์ ประเทศไทยมีประชากร
วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 8,017,364 คน คิดเป็น
ร้อยละ 12.13 ของประชากรไทย¹ สำหรับเขตสุขภาพ
ที่ 6 มีประชากรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 772,125
คน คิดเป็นร้อยละ 9.63 ของประชากรวัยรุ่นไทยและ
ในจังหวัดชลบุรีมีประชากรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี
จำนวน 201,951 คน คิดเป็นร้อยละ 26.15¹

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัย
เด็กสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้ง
ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีการ
เปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ มีพัฒนาการทางเพศ ทำให้
เกิดแรงขับทางเพศ จึงก่อให้เกิดความต้องการทาง
เพศ และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นมีความอยากรู้อยากลอง
อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม
เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และการสื่อสารที่รวดเร็วเข้าถึง
ง่าย ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มมากขึ้น
เช่น ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ และปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม นำมาสู่
ปัญหาการทำแท้งตามมา²

สถานการณ์อัตราการคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้ม
ลดลง³ ในระดับประเทศอัตราการคลอดในวัยรุ่น 10-
14 ปี 1,000 คน ลดลงจากอัตรา 1.8 ในปี พ.ศ.2555
เป็นอัตรา 0.8 ในปี พ.ศ.2565 สำหรับเขตสุขภาพที่ 6
อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ลดลงจากอัตรา
2.5 ต่อ 1000 คน ในปี 2555 เป็นอัตรา 1.1 ต่อ 1000
คน ในปี 2565 โดยจังหวัดชลบุรี มีอัตรา 0.9 ต่อ
1000 คน ส่วนอัตราการคลอดในวัยรุ่น 15-19 ปี ต่อ
ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ระดับประเทศ
ลดลงจากอัตรา 53.4 ในปี พ.ศ.2555 เป็นอัตรา 21.0
ในปี พ.ศ.2565 ในเขตสุขภาพที่ 6 มีอัตรา 25.2 ต่อ
1000 ประชากร ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุด เมื่อเทียบกับ
เขตสุขภาพอื่น สำหรับจังหวัดชลบุรี มีอัตราคลอดใน
วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 26.6 ต่อ 1000 ประชากร
และ มีอัตราที่สูงเป็นลำดับที่ 10 ของประเทศ
นอกจากนี้อัตราการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7

โรค เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2566 พบอัตรา 107.2 ต่อแสน
ประชากร กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 15 – 24
ปี ร้อยละ 45 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.7 รองลงมาคือ
นักเรียน ร้อยละ 17 และพบป่วยด้วยโรคซิฟิลิสสูง
ที่สุด อัตรา 48.6 ต่อแสนประชากร⁴

ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา คือ
ความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน
ข้อมูล และมีทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจ เลือก
ปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อนำไปสู่การมี
พฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และสามารถสื่อสาร
บอกต่อผู้อื่นได้ตามกระบวนการส่งเสริมความรู้
ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการตัดสินใจและ
เลือกปฏิบัติที่ถูกต้องต่อตนเองและผู้อื่นก็จะมี
พฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง เหมาะสม เกิดจากการมี
ความตระหนักรู้ในตนเองและมีการคิดอย่างมี
วิจารณญาณ รู้จักแก้ปัญหาในเรื่องต่างๆ มีทักษะการ
ปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ ทำให้เกิดความมั่นใจ
และเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง⁵
และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพทาง
เพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า
ปัจจัยด้านบทบาทของครู ด้านการคบเพื่อน และด้าน
สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรอบ
รู้สุขภาพทางเพศในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ⁶

จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าว โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จึงสนใจศึกษา
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับ
พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัด
ชลบุรี เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการ
ดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา
ให้กับวัยรุ่น ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และลดปัญหาการ
ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดชลบุรี

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดชลบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้
ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศ
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดชลบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้
ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ
แบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-
sectional study) เพื่อศึกษาความรู้ด้านเพศวิถี
ศึกษา พฤติกรรมทางเพศ และความสัมพันธ์ระหว่าง
ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศ
ของนักเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ประชากร
อายุ 13-18 ปี จำนวน 120,582 คน ปี 2566 อ้างอิง
จากประชากรทะเบียนราษฎรจังหวัดชลบุรี ณ วันที่ 2
กันยายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2566 ที่
ศึกษาในสถานศึกษาจังหวัดชลบุรี จำนวน 400 คน
การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย
โดยโรงเรียนแบ่งเป็น 4 ขนาด คือขนาดใหญ่พิเศษ
ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก รวม 4 โรงเรียน
แต่ละโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างจากชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-
6 ชั้นเรียนละ 1 ห้องเรียน จะได้โรงเรียนละ 6
ห้องเรียน สรุปรวมทั้งหมด 4 โรงเรียน 24 ชั้นเรียน
สุ่มจับฉลากห้องเรียนละ 20 คน จะได้จำนวนนักเรียน
ทั้งหมด 480 คน ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวนที่
คำนวณกลุ่มตัวอย่างข้างต้น จำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความสัมพันธ์
ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต
กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
อ้างอิงจากแบบสำรวจ ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา
และทักษะชีวิต สำหรับวัยรุ่น อายุ 10-19 ปี ของ

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย และ
แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก
การศึกษา ทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการ
ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความ
ตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC ≥ 0.2 และ
ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ในกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน
คำนวณค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ≥ 0.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูล
ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุ การนับถือศาสนา จำนวน
พี่น้อง การพักอาศัย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างตัว
แปรใช้ไคว์ สแควร์ (χ^2 test)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เมื่อวันที่ 6
มีนาคม พ.ศ. 2567 เลขที่ 677

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.2 อายุเฉลี่ย 15.38 ปี (SD =
1.74) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 64.1)
นับถือศาสนาพุทธ ร้อย ละ (91.1) จำนวนพี่น้องพ่อ
แม่เดียวกันรวมตนเอง จำนวน 2 - 3 คน ร้อยละ
(66.8) และปัจจุบันนักเรียนส่วนใหญ่อาศัย อยู่กับพ่อ
แม่ ร้อยละ (63.3)

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานของความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและ
พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

2.1. ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา
โดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ = 4.10, SD=
0.56) อยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้าน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมาก
ที่สุด อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.43, SD = 0.62) จำนวน
507 คน (ร้อยละ 85.1) รองลงมา ด้านการตัดสินใจ

อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.61) จำนวน 521 คน (ร้อยละ 87.4) ด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.10, SD = 0.80) จำนวน 441 คน (ร้อยละ 74.0) ส่วนด้านที่พบน้อยที่สุด คือ ด้านการซักถาม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.50, SD = 0.91) จำนวน 289 คน (ร้อยละ 48.5) ตามลำดับ

2.2 พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ = 2.06, SD = 0.77) จำนวน 241 คน (ร้อยละ 40.4) พบว่า พฤติกรรมที่ไม่มีความเสี่ยง ได้แก่ ถ้ามีเพศสัมพันธ์จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ($\bar{X}$ = 1.70, SD = 0.61) จำนวน 467 คน (ร้อยละ 78.4) ในส่วนของพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงมาก พบว่า พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงมากอันดับแรกได้แก่

นักเรียนเคยไปทำรายงาน/การบ้านที่บ้านแฟนหรือเพื่อน ($\bar{X}$ = 1.08, SD = 0.79) จำนวน 208 คน (ร้อยละ 34.9) และนักเรียนเคยใกล้ชิด/สัมผัส/กอดกับเพศตรงข้าม ($\bar{X}$ = 1.12, SD = 0.73) จำนวน 274 คน (ร้อยละ 40.0) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน พบว่า การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ ความรอบรู้โดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษารายด้านกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน

ปัจจัย (N=596)	มีความเสี่ยง		ค่อนข้างเสี่ยง		ไม่มีความเสี่ยง		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเข้าถึงข้อมูล น้อย ปานกลาง ดี	3 49 109	0.5 8.2 18.3	3 70 168	0.5 11.7 28.2	2 28 164	0.3 4.7 27.5	17.139	0.002*
ความเข้าใจ น้อย ปานกลาง ดี	1 53 107	0.2 8.9 18.0	3 60 178	0.5 10.1 29.9	0 27 167	0.0 4.5 28.0	21.031	0.000*
การซักถาม น้อย ปานกลาง ดี	28 70 63	4.7 11.7 10.6	38 126 77	6.4 21.1 12.9	18 93 83	3.0 15.6 13.9	10.018	0.040*
การตัดสินใจ น้อย ปานกลาง ดี	0 36 125	0.0 6.0 21.0	1 27 213	0.2 4.5 35.7	1 74 521	0.2 12.4 87.4	24.539	0.000*
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม น้อย ปานกลาง ดี	3 37 121	0.5 6.2 20.3	2 35 204	0.3 5.9 34.2	0 12 182	0.0 2.0 30.5	24.914	0.000*
ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา (N=596) น้อย ปานกลาง ดี	1 53 107	0.2 8.9 18.0	2 52 187	0.3 8.7 31.4	0 21 173	0.0 3.5 29.0	27.708	0.000*

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวีเซฟ (V-shape) โดยศึกษาตามองค์ประกอบ ดังนี้ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตอบโต้ชักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา อยู่ในระดับดี จำนวน 467 คน ร้อยละ 78.4 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 126 คน ร้อยละ 21.1 และอยู่ในระดับน้อย จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ แนวทางปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ หรือมีสุขภาพทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสมให้เข้ากับ สถานการณ์และสภาพแวดล้อมได้ จำนวน 507 คน ร้อยละ 85.1 อยู่ในระดับดี รองลงมา ด้านการตัดสินใจ ความสามารถในการตัดสินใจเลือก ข้อมูลด้านสุขภาพ เลือกวิธีปฏิบัติตัวที่ปลอดภัย รวมถึงการตัดสินใจว่าสถานที่ใดเป็นสถานที่ปลอดภัย จำนวน 521 คน ร้อยละ 87.4 อยู่ในระดับดี ด้านการเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ สามารถสืบค้น ค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะ ชีวิตที่ต้องการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และทันสมัย จำนวน 441 คน ร้อยละ 74.0 อยู่ในระดับดี และด้านความเข้าใจ พบว่าส่วนใหญ่มีความเข้าใจและแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลด้านเพศวิถีศึกษา จำนวน 452 คน ร้อยละ 75.8 อยู่ในระดับดี ส่วนด้านที่พบน้อยที่สุด คือ ด้านการชักถามการตอบโต้ชักถาม และเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ สุขภาพทางเพศ จำนวน 289 คน ร้อยละ 48.5 อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่าในประเด็นการพูดคุยหรือกับพ่อแม่ ผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ซึ่งบางครั้ง เมื่อวัยรุ่นอยากปรึกษาใครสักคน อาจไม่กล้าพูดคุยกับผู้ปกครองโดยตรง ประกอบกับสังคมปัจจุบัน บางครอบครัวไม่มีเวลาให้กับลูกเท่าที่ควร เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้านมาก

ขึ้น อีกทั้งปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวสู่ Thailand 4.0 มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทำให้สามารถเข้าถึงช่องทางความรู้ที่หลากหลายโดยเฉพาะ สื่อสังคม ออนไลน์ สื่อดิจิทัลที่เป็นเครื่องมือเพื่อใช้สื่อสารระหว่างกันในเครือข่ายทางสังคม (Social Network) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศในเรื่องที่อยากรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ ทั้งนี้จากภาพรวมความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา กล่าวได้ว่ากลุ่มอย่างที่ศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจุบันคือโลกแห่งการเรียนรู้ไร้พรมแดน อีกทั้งสถาบันการศึกษาหลายแห่ง มีการปรับหลักสูตรและวิธีการสอนที่เน้นการเรียนรู้ให้เกิดประสิทธิภาพสามารถประยุกต์ใช้ได้จริง ความนิยม การเรียนรู้นอกระบบมีมากขึ้น และการมองหารูปแบบการเรียนรู้ยืดหยุ่น สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างรวดเร็วซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและความต้องการเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ คือ การเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ การอ่านหนังสือ, การเรียนรู้ผ่านอินเทอร์เน็ต หรือการเรียนออนไลน์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร สมบัติ ที่ศึกษา ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต สำหรับวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี (2563)² ผลการวิจัยพบว่า ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดี และเมื่อจำแนกรายด้าน ด้านการตัดสินใจ ด้านความเข้าใจ อยู่ในระดับดี ส่วนด้านที่พบน้อยที่สุด คือ ด้านการชักถาม อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยรวมอยู่พบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ = 2.06 , SD= 0.77) จำนวน 241 คน (ร้อยละ 40.4) ในส่วนของความเสี่ยงมากพบว่า ที่มีความเสี่ยงมากอันดับแรกได้แก่ นักเรียนเคยไปทำรายงาน/การบ้านที่บ้านแฟนหรือเพื่อน ($\bar{X}$ = 1.08 , SD= 0.79) จำนวน 208 คน (ร้อยละ 34.9) และนักเรียนเคยใกล้ชิด/สัมผัส/กอดกับเพศตรงข้าม ($\bar{X}$ = 1.12 , SD= 0.73) จำนวน 274 คน (ร้อยละ 40.0) ผลการศึกษานี้ได้สะท้อนถึงปัญหาพฤติกรรมทางเพศของ

เด็กวัยเรียนที่เริ่มต้นได้ชัดเจนในทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยเรียนตามมา ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากภาวะการเข้าสู่วัยรุ่น เป็นช่วงต่อระหว่างวัย จากวัยเด็กเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่และเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ลักษณะทางเพศ มีลักษณะที่บ่งบอกถึงความ เป็นหนุ่มสาวที่เกิดจากอิทธิพลของฮอร์โมน จะมีผล ต่อพฤติกรรม และพัฒนาการของเด็ กมาก ขณะเดียวกันก็มีพัฒนาการทางด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจเปลี่ยนแปลงไปด้วยแต่ไม่สอดคล้องกับการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อาจจะทำให้วัยรุ่นเกิดการ สับสน ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความยับยั้ง ชั่งใจ ขาดประสบการณ์ ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสม ซึ่งจากการที่เด็กไทยเข้าสู่วัยหนุ่มสาวเร็วจึง มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เร็วขึ้น แต่ยังมี พัฒนาการทางด้านความคิดที่ยังไม่สัมพันธ์กัน จึงอาจ ส่งผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ เหมาะสมกับวัย ในช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่เริ่มให้ความสนใจเพศตรงข้ามและให้ความสำคัญกับเพื่อนมากกว่า พ่อแม่ อารมณ์อ่อนไหวง่ายแปรปรวน จึงไวต่อการ กระตุ้นของสิ่งเร้าภายนอก โดยเฉพาะสื่อเทคโนโลยีที่ ล่อแหลมทางเพศต่าง ๆ ที่วัยรุ่นเข้าถึงได้ง่ายทำให้เกิด การเลียนแบบและยังไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งที่ เห็นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และใน การศึกษาของ วรณศิริ ประจันโน⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มี ผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษา ตอนปลายตามแนวความคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม พบว่ามีแนวโน้มคล้ายคลึงกัน คือ พฤติกรรมเสี่ยงที่พบถึงหนึ่งในสามของพฤติกรรม ทางเพศในเพศชาย คือการมีพฤติกรรมอยู่ใกล้ชิดกับ เพื่อนสนิทต่างเพศ (ร้อยละ 37.4)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับ พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาพบว่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความรอบรู้โดยรวม

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) กล่าวคือ นักเรียนที่มีความรอบรู้ มีความสามารถในการ ตัดสินใจหรือปฏิเสธสิ่งที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก็ จะส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยง ได้

ข้อเสนอแนะ

1. นำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนงาน/โครงการ สร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาสำหรับวัยรุ่น
2. เป็นแนวทางในขับเคลื่อนนโยบายและ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น
 1. สถานศึกษาควรจัดกิจกรรม หลักสูตรในการ ส่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ให้ความรู้ กับนักเรียนเรื่องความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา โดยเน้น การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสาร และการ รู้เท่าทันสื่อ.
 2. ควรสนับสนุนบุคลากรด้านการศึกษา ให้ สามารถจัดการเรียนการสอนในรายวิชาเพศวิถีศึกษา และการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง ตามหลักสูตร แกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551
 3. ควรสนับสนุนให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมความรู้ด้าน เพศวิถีศึกษา เพื่อพัฒนาศักยภาพของวัยรุ่นและ เยาวชนทั้งในระดับ ตนเอง ครอบครัว และชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์ อนามัยที่ 6 ชลบุรี และขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัย รวมทั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรม อนามัย ที่ให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และให้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สถิติประชากรศาสตร์ประชากรและเคหะ. จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามอายุ เพศ ภาค และ จังหวัด พ.ศ. 2565. [Online]. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2566. เข้าถึงได้จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
2. สุภาพร สมบัติ.(2563) ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต สำหรับวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย:-35-38
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2565. [Online]. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2566. เข้าถึงได้จาก<https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1>
4. ประชุมวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสในกลุ่มวัยรุ่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี. 11 มกราคม พ.ศ.2566. [Online]. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2566. เข้าถึงได้ จาก <https://ddc.moph.go.th/odpc6/>
5. ปริยานุช ตั้งนรกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, และนฤมล ชีระรังสิกุล. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับ พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. แพทย์นารี, 46 (3), 607-620. [Online]. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 กันยายน 2566.เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal>
6. เอกกวิ หอมขจร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร, เมืองพิษณุโลก,ประเทศไทย.[Online]. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 กันยายน 2566. เข้าถึงได้จากhttps://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:58106
7. วรณศิริ ประจันโน. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายตามแนวทางการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(พยาบาลศาสตร์), สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา
8. กอบกุล ไพศาล, อังพงษ์ชลิตา เกษประดิษฐ์, นุชนารถ แก้วดำเกิง และสมศักดิ์ สุทัศน์วรารุณ (2557).การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด (2557, 45-48)
9. ชูติมา จันทรมณี . (2555). การเสริมสร้างศักยภาพเด็กและเยาวชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท : กรณีศึกษา บ้านด้ามพร้าว ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วิจัย เพื่อพัฒนาท้องถิ่น คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม, ประเทศไทย.
10. ต่อศักดิ์ ดาโบสมศรี. (2560). ทักษะชีวิตที่มีผลต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาในสถานศึกษา อาชีวศึกษารัฐ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา, เมืองชลบุรี, ประเทศไทย.
11. กมลวรรณ ศรีเจริญจิตร. (2547). การศึกษาปัญหาทางเพศของวัยรุ่นในเขตเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เมืองเชียงใหม่, ประเทศไทย.
12. OKMC.ผลสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมและความต้องการการเรียนรู้ของคนไทย. สืบค้นเมื่อกันยายน2566, เข้าถึงได้จาก <https://www.okmd.or.th/okmd-opportunity/FutureLearning Platform/1112/>

รูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of care and surveillance of risk complications in patients with diabetes and high
blood pressure In the Kamalasai Subdistrict Municipality, Kamalasai District, Kalasin Province

(Received: June 24,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

ปักชิน สารชัย¹,ดวงฤทัย ขาติแพงตา¹

Paksin Sarachai¹ ,Duangruthai Chatpaengta¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบประเมินพฤติกรรมและการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ2ส เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติโดยใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง จำนวน 8 ด้าน ดังนี้ 1) ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ผลของการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ 4) ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพ 5) ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6) ผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ 7) ผลการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ 8) ผลของ อ.1 อาหาร, อ.2 ออกกำลังกาย และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง คือด้าน ส.1การสูบบุหรี่ และส.2สุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, ผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

The action research, there were 60 diabetic patients. Data analysis comparison of the mean of health literacy on health behavior change among diabetic patients and Hypertension patient. 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 8 aspects as follows: 1) the results of access to health information and services 2) the results of understanding health information and services 3) the results of questioning interactions to increase knowledge and understanding 4) Result of health decisions 5) Result of changing one's own health behavior 6) Result of spreading health information 7) Result of spreading health information 8) Result of O.1 Food, O.2 Exercise and after the experiment, the mean value was lower than before the experiment, namely S.1 smoking and S.2 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

การดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 70.00 ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 (ร้อยละ 71.68, 70.58 และ 71.72 ตามลำดับ) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัด

การดำเนินงานให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่เกินร้อยละ 60.00 (กรมควบคุมโรค, 2564)¹

สำหรับประเทศไทย, พบว่าอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วย

¹ โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

โรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุหลักของโรค NCDs อื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค, 2565)²

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน โรคนี้ได้คุกคามเข้าไปในกลุ่มของเด็กๆมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานจากภาวะอ้วน อันเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย จนทำให้การหลั่งและการทำงานของอินซูลินมีปัญหา นอกจากนี้ในประเทศไทยกำลังพัฒนาโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่พบมากขึ้น เนื่องจากลักษณะของการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบตะวันตก ทำให้ได้รับอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น²

พื้นที่อำเภอภูกามน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรกลางปีจำนวน 61,465 คน เพศชาย 30,120 คน เพศหญิง 31,345 คน สถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงอำเภอภูกามน้อย จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1423 ราย โรคความดันโลหิตสูง 4774 ราย และผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง 4022 ราย เขตเทศบาลตำบลภูกามน้อยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 401คนจำนวน โรคความดันโลหิตสูง 388 ราย โรคเบาหวานมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง 501 ราย

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่เทศบาลตำบลภูกามน้อย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับ

สถานการณ์ในประเทศไทยที่เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว จากสถานการณ์ดังกล่าวรัฐบาลกำหนดนโยบายที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพราะสามารถลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังเห็นได้จากยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ในยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนครอบคลุมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่ การเปลี่ยนตามวัยในระบบต่างๆ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมามากกว่าวัยอื่นทำให้ความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกมิติในภาวะความเจ็บป่วยของโรคและการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล มีความรู้ด้านสุขภาพ และสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงสูง การมีระบบบริการที่นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อการสื่อสารที่เหมาะสม อีกทั้งทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพไม่ว่าจะเป็นตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ทีมสุขภาพชุมชนและทีมกู้ชีพในท้องถิ่น จำเป็นจะต้องมีความรู้และทักษะในเรื่องแผนระวางการป้องกันโรคและช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การประเมินสัญญาณเตือน (warning sign) การวัดหัวใจ และการโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ เป็นต้น จะเป็นปัจจัยส่งเสริมการรอดชีวิตในภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย

(BMI) โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรคและมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง³ อาจจะเป็นเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งผลการศึกษานำมาองค์ความรู้ ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับโรคที่ประสมอยู่ในขณะนั้น และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นโรคหลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ แผลเท้าเน่าดำ ต้องตัดขาโรคไตและตาบอด หรือผลพวงจากภาวะไตเสื่อมจนต้องได้รับการฟอกไตในที่สุดทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการบรรยาย วิดีทัศน์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามกิจกรรมประกอบด้วย

- 1.1 การสร้างแนวคิดเพื่อดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- 1.2 ค่านิยมที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน
- 1.3 การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย
- 1.4 การค้นหาปัจจัยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 2.1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ
- 2.2 แบบประเมินพฤติกรรมเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ2ส เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้
- 2.3 แบบวัดความพึงพอใจ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรง (Content Validity) โดยนำแบบสอบถาม

และรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านโรค NCDs ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้วิธีหาความสอดคล้องจากค่า IOC และผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ถูกต้องที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

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) สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่โครงการวิจัย KLS.REC 167/2566

ผลการวิจัย

1. ผลของรูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

รูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างแนวคิดเพื่อดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) ค่านิยมที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน 3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย และ 4) ปัจจัยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค

ร่วมกับกิจกรรมหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ วิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีความจำเป็นต้องทราบและรู้ถึงของมูลที่จำเป็นจนสามารถนำมาออกแบบในการเสริมสร้างความรอบรู้ได้ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยศึกษาเรื่องของการอ่านเอกสาร และทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากแพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอื่น ๆ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหา ความมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้ การตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูล การเข้าไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยศึกษาคำอธิบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค อาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสารหรือแผ่นพับ โปสเตอร์ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้ การทำความเข้าใจในผลการตรวจสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับความดันโลหิต (HT), ระดับน้ำตาลในเลือด (DM) เป็นต้น การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ โดยให้ผู้ป่วยศึกษาถึงวิธีการบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านให้หมอ พยาบาล หรือคนอื่น รับรู้และเข้าใจสุขภาพ การซักถามข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพ

เพื่อนำมาดูแลสุขภาพ ความสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หายสงสัย การแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง การนำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆที่น่าเชื่อถือมาใช้ประกอบการยืนยันข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจทำตาม การไตร่ตรองถึงเหตุผลความเป็นจริงของประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจ จนสามารถใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี มองโลกในแง่บวก ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกาย สามารถวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี การคอยเตือนตนเองให้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับครอบครัว คนในชุมชนหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีผลดีต่อสุขภาพ การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยศึกษาถึงวิธีการชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของเขาได้และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น วิธีการเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ลดรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นต้น และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สามารถเสนอทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดีให้กับผู้อื่น เช่น เพิ่มผักผลไม้ลดโรคเลิกลูกสูบหรือลดความเสี่ยงและการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และท้ายสุดจนสามารถทำให้เป็นต้นแบบหรือแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น

2. ผลการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08

คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.450 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 คะแนน (S.D. = 0.523 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.426-0.750), ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.615 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 คะแนน (S.D. = 0.722 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.256-0.755), ผลของการได้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.442 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน (S.D. = 0.559 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.923-1.302), ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.631 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 คะแนน (S.D. = 0.657 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.509-0.983), ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.692 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 คะแนน (S.D. = 0.469 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.312-0.755) และผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.635 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 คะแนน (S.D. = 0.729 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.378-0.689) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ชื่อตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	df	95%CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ								
หลังทดลอง	60	4.08	0.450	7.269	0.588	59	0.426-0.750	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.49	0.523					
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ								
หลังทดลอง	60	3.98	0.615	4.048	0.506	59	0.256-0.755	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.48	0.722					
การตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ								
หลังทดลอง	60	4.10	0.442	11.737	1.113	59	0.923-1.302	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	2.99	0.559					
การตัดสินใจด้านสุขภาพ								
หลังทดลอง	60	3.92	0.631	6.303	0.746	59	0.509-0.983	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.17	0.657					
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง								
หลังทดลอง	60	3.54	0.692	4.818	0.533	59	0.312-0.755	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.01	0.469					
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ								
หลังทดลอง	60	3.81	0.635	6.524	6.874	59	0.378-0.689	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.28	0.729					

3. ผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผลของอ1.อาหาร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.533 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. = 0.652 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.520-0.903), ผลของ อ2.ออกกำลังกาย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.884 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. = 0.710 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทาง

สถิติ 0.05 (p-value = 0.010, 95%CI = -0.098-0.686), ผลของ อ3.อารมณ์ (จัดการความเครียด) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.856 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 คะแนน (S.D. = 0.638 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.062, 95%CI = -0.014-0.564), ผลของ ส1.การสูบบุหรี่ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่ต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.770 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 คะแนน (S.D. = 0.939 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.012, 95%CI = 0.096-0.760), และผลของการ ส

2.สุรา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการดื่มสุรต่ำวก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.701 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 คะแนน (S.D. =

0.743 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value <0.001, 95%CI = 0.545-1.038) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ2ส ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ชื่อตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Mean Difference	df	95%CI	p-value
อ1.อาหาร								
หลังทดลอง	60	3.91	0.533	7.429	0.711	59	0.520-0.903	<0.001**
ก่อนทดลอง	60	3.20	0.652					
อ2.ออกกำลังกาย								
หลังทดลอง	60	3.59	0.884	2.666	0.392	59	0.098-0.686	0.010
ก่อนทดลอง	60	3.20	0.710					
อ3.อารมณ์ (จัดการความเครียด)								
หลังทดลอง	60	3.38	0.856	1.903	0.275	59	-0.014-0.564	0.062
ก่อนทดลอง	60	3.11	0.638					
ส1.การสูบบุหรี่								
ก่อนทดลอง	60	3.42	0.939	2.577	0.428	59	0.096-0.760	0.012
หลังทดลอง	60	2.99	0.770					
ส2.สุรา								
ก่อนทดลอง	60	4.01	0.743	3.050	6.431	59	0.545-1.038	<0.001**
หลังทดลอง	60	3.22	0.701					

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา รูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง สรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลัง

การทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.450 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 คะแนน (S.D. = 0.523 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value <0.001, 95%CI = 0.426-0.750) สอดคล้องกับสมจินต์ มากพา และวิวัฒน์ อุปคำ³ ได้ทำการศึกษาการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลและ คำนวณรวม ก่อนและหลัง มีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p <0.05)

ผลความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.615 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 คะแนน (S.D. = 0.722 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value < 0.001, 95%CI = 0.256-0.755) แต่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน มากพา และวิวัฒน์ อุปคำ³ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p <0.05)

ผลของการโต้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.442 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน (S.D. = 0.559 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value < 0.001, 95%CI = 0.923-1.302) สอดคล้องกับสมมติฐาน มากพา และวิวัฒน์ อุปคำ⁴ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร พบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพและ คะแนนรวม ก่อนและหลังมีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p <0.05)

ผลของการตัดสินใจด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.631 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 คะแนน (S.D. = 0.657 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value < 0.001, 95%CI = 0.509-0.983) สอดคล้องร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura A,⁵ รูปแบบ "5 ขั้นตอนพิชิตเบาหวานความดัน" ที่

พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) เข้าถึง เข้าใจ 2) เปลี่ยนวิธีคิด ชีวิตเปลี่ยน 3) เข้มมุ่ง พุงป้าหาย 4) เปลี่ยนชีวิตด้วยมือเรา 5) ปฏิบัติเป็นกิจเพื่อชีวิตที่ดี ประเมินผลก่อนหลัง 12 สัปดาห์ร่วมกับการจัดการตนเองตามแบบแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใหม่ทำให้โรคสงบด้วยตนเองตามหลัก 4อ.2ป.^{6,7} คือ ปฏิบัติทุกวัน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์เอาพิษออกและปฏิบัติทุกสัปดาห์คือการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมจดบันทึกด้วยตนเองเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและมีการติดตามสถานะสุขภาพจนครบ 1 ปี ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองรายงานผลทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.692 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 คะแนน (S.D. = 0.469 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value < 0.001, 95%CI = 0.312-0.755) สอดคล้องกับ รัษฎาริณีย์ ธนเศรษฐ⁸ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงรวมด้วยของผู้สูงอายุตอนต้น พบว่า ผลการศึกษาพบว่า ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05) หลังทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001) หลังติดตามจนครบ 1 ปี โดยให้รายงานผลการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองตามหลัก 4อ. 2ป. เป็นกลวิธีที่สำคัญให้ผู้สูงอายุและครอบครัวนำไปจัดการตนเองจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ควบคุมน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตให้ปกติ ได้รับการปรับลดยาเข้าสู่

ระยะโรคสงบ และสอดคล้องกับร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura A,⁵ รูปแบบ "5 ขั้นตอนพิชิตเบาหวานความดัน" ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) เข้าถึง เข้าใจ 2) เปลี่ยนวิธีคิด ชีวิตเปลี่ยน 3) เข้มมุ่ง พุ่งเป้าหมาย 4) เปลี่ยนชีวิตด้วยมือเรา 5) ปฏิบัติเป็นนิจเพื่อชีวิตที่ดี ประเมินผลก่อนหลัง 12 สัปดาห์ ร่วมกับการจัดการตนเองตามแบบแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใหม่ทำให้โรคสงบด้วยตนเองตามหลัก 4 อ.2ป.^{6,7} คือ ปฏิบัติทุกวัน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์เอาพิษออกและปฏิบัติทุกสัปดาห์คือการ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมจดบันทึกด้วยตนเองเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและมีการติดตามสถานะสุขภาพจนครบ 1 ปี ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองรายงานผลทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์

ผลของการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.635 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 คะแนน (S.D. = 0.729 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.378-0.689) สอดคล้องกับ สอดคล้องกับ รัฐธรรณีย์ ธนเศรษฐ⁸ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของผู้สูงอายุตอนต้น พบว่า ผลการศึกษาพบว่า ก่อนทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.05) หลังทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P < 0.001) หลังติดตามจนครบ 1 ปี โดยให้รายงานผลการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองตาม

หลัก 4อ. 2ป. เป็นกลวิธีที่สำคัญให้ผู้สูงอายุและครอบครัวนำไปจัดการตนเองจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ควบคุมน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตให้ปกติ ได้รับการปรับลดยาเข้าสู่ระยะโรคสงบ

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลของอ1.อาหาร หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.533 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. = 0.652 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.001, 95%CI = 0.520-0.903) สอดคล้องกับ การศึกษาของ รชานนท์ งามใจรักและคณะ ที่พบว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใหม่ด้วยหลัก 4อ. และการสอนแบบสไปซ์ (Spice) ทำให้ผู้เรียนเกิดพลังอำนาจในตนเอง รวมถึงวิธีปฏิบัติจัดการโรคสอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเป็นสุขนิสัย ส่งผลให้ควบคุมโรคได้ และสอดคล้องกับการศึกษาสอดคล้องกับร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura A⁵ รูปแบบ "5 ขั้นตอนพิชิตเบาหวานความดัน" ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) เข้าถึง เข้าใจ 2) เปลี่ยนวิธีคิด ชีวิตเปลี่ยน 3) เข้มมุ่ง พุ่งเป้าหมาย 4) เปลี่ยนชีวิตด้วยมือเรา 5) ปฏิบัติเป็นนิจเพื่อชีวิตที่ดี ประเมินผลก่อนหลัง 12 สัปดาห์ ร่วมกับการจัดการตนเองตามแบบแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใหม่ทำให้โรคสงบด้วยตนเองตามหลัก 4 อ.2ป.^{26,27} คือ ปฏิบัติทุกวัน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์เอาพิษออกและปฏิบัติทุกสัปดาห์คือการ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมจดบันทึกด้วยตนเองเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและมีการติดตามสถานะสุขภาพจนครบ 1 ปี ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองรายงานผลทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์

ผลของ อ2.ออกกำลังกาย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.884

คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 คะแนน (S.D. = 0.710 คะแนน) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p -value = 0.010, 95%CI = -0.098-0.686) สอดคล้องกับ การศึกษาของ รชานนท์ ง่วนใจรักและคณะ ที่พบว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4อ. และการสอนแบบสไปซ์ (Spice) ทำให้ผู้เรียนเกิดพลังอำนาจในตนเอง รวมถึงวิธีปฏิบัติจัดการโรค และสอดคล้องกับ ร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura A⁵ รูปแบบ "5 ขั้นตอนพิชิตเบาหวานความดัน" ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) เข้าถึง เข้าใจ 2) เปลี่ยนวิธีคิด ชีวิตเปลี่ยน 3) เข้มมุ่ง พุงเป้าหมาย 4) เปลี่ยนชีวิตด้วยมือเรา 5) ปฏิบัติเป็นกิจเพื่อชีวิตที่ดี ประเมินผลก่อนหลัง 12 สัปดาห์ร่วมกับการจัดการตนเองตามแบบแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ทำให้โรคสงบด้วยตนเองตามหลัก 4อ.2ป.^{6,7} คือ ปฏิบัติทุกวัน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์เอาพิษออกและปฏิบัติทุกสัปดาห์คือการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมจดบันทึกด้วยตนเองเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและมีการติดตามสถานะสุขภาพจนครบ 1 ปี ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองรายงานผลทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์ และสอดคล้องกับ วัชรพร เนตรคำยวง (2566)⁷ ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ผลของ อด.อารมณ์ (จัดการความเครียด) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 คะแนน (S.D. เท่ากับ

0.856 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 คะแนน (S.D. = 0.638 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p -value = 0.062, 95%CI = -0.014-0.564) สอดคล้องกับ การศึกษาของ รชานนท์ ง่วนใจรักและคณะ⁹ ที่พบว่า การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4อ. และการสอนแบบสไปซ์ (Spice) ทำให้ผู้เรียนเกิดพลังอำนาจในตนเอง รวมถึงวิธีปฏิบัติจัดการโรคสอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเป็นสุขนิสัย ส่งผลให้ควบคุมโรคได้ และสอดคล้องกับ วัชรพร เนตรคำยวง (2566)¹⁰ ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 66.80, S.D. = 25.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายและการลดความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และสอดคล้องกับ อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ (2566)¹¹ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทาน

ยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน ลดบุหรี่ยาสูบ (3 ลด) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลของ ส1.การสูบบุหรี่ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่ต่ำกว่าก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.770 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 คะแนน (S.D. = 0.939 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p -value = 0.012, 95%CI = 0.096-0.760) สอดคล้องกับ อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ (2566)¹¹ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลของการ ส2.สุรา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการดื่มสุรต่ำาก่อนการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 คะแนน (S.D. เท่ากับ 0.701 คะแนน) และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 คะแนน (S.D. = 0.743 คะแนน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value < 0.001, 95%CI = 0.545-1.038) สอดคล้องกับ การศึกษาของ ราชานนท์ งามใจรักและคณะ⁹ ที่พบว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4อ. และการสอนแบบสไปซ์ (Spice) ทำให้ผู้เรียนเกิดพลังอำนาจในตนเอง รวมถึงวิธีปฏิบัติจัดการโรคสอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเป็นสุขนิสัย ส่งผลให้ควบคุมโรคได้ และสอดคล้องกับ อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ (2566)¹¹ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับ

การสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านลดอ้วน บุหรี่ สุรา (3 ลด) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ และนำแนวทางหรือรูปแบบที่ได้จากผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีเพื่อหาแนวทางที่ครอบคลุมชัดเจนในการเฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะหรือป้องกัน และท้ายสุดผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้เกิดคุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และควรเพิ่มการวัดความถี่ในการติดตามให้มากกว่าทุกการติดตามทุก 2 เดือนของคลินิก NCDs) เพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสามารถทราบข้อมูลที่แท้จริงจนนำมาวางแผนให้เกิดรูปแบบแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปขยายต่อในพื้นที่อื่นๆ ได้ในลำดับต่อไป และควรมีการวัดผลก่อนและหลังดำเนินการวิจัยในครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยจากโรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=169>, 2564.
2. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค เผยสถานการณ์ โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ใน ทุกๆ 5 วินาที. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>, 2565.
3. 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>
4. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997.
5. สมเกียรติ อินทะกนก, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ราชานนท์ งามใจรัก, ชูสง่า สีสัน,ทองทิพย์ สละวงษ์ ลักษณะ. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. 2564;27(1):56-67
6. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณะ. บทสรุปผลการดำเนินงานจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน)โรงพยาบาลปักธงชัย ร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (พฤศจิกายน 2564-ตุลาคม 2566): อุดสำเนา. 2566.
7. รัฐธินีย์ ธนเศรษฐ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของผู้สูงอายุตอนต้น. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุบลราชธานี, 2567; 2(2): 58-77 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JODPC8/article/view/1857/1496>
8. ราชานนท์ งามใจรัก, นฤพร พร่องครบุรี, วรลักษณ์ สมบูรณ์นาดี, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณะ, ฌิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์,อรรถวิทย์ สิงห์ ศาลาแสง. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. ตำบลตะขบ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา.วารสารสุขภาพ. 2565;45(1):40-55.
9. วัชรพร เนตรคำวง (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>
10. อติญาณ ศรีเกษตรริน, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, นงนภัทร รุ่งเนย 2566. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วารสารวิชาการสาธารณสุข ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13627/11096>

ผลของแรงจูงใจ การให้คุณค่า และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ของผู้เข้ารับการรักษาที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effects of Motivation, Valuation, and Social Support on Behavior Modification in Drug Users Attending the Drug Rehabilitation Clinic at Kantharalak Hospital, Sisaket Province

(Received: June 24,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

สุขุมารณ์ บุญญาสุ¹

Sukhumaporn Boonyasu¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแรงจูงใจ การให้คุณค่า และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลองเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จำนวน 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมปกติ จำนวน 44 คน ข้อมูลถูกรวบรวมจากทั้งสองกลุ่มในสองช่วงเวลา คือ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอิสระ และใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่อิสระ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันยาเสพติด ทักษะคิดต่อการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: แรงจูงใจ การให้คุณค่า แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of motivation, valuation, and social support on the behavior modification of drug users at the Drug Rehabilitation Clinic of Kantharalak Hospital, Sisaket Province. The participants were divided into two groups: the experimental group, which received a newly developed program, consisting of 44 individuals, and the control group, which received the standard program, also consisting of 44 individuals. Data were collected from both groups at two points in time, before and after the experiment, from March 1, 2024, to May 31, 2024. The data analysis utilized the Independent t-test to compare the mean scores between the two independent groups, and the Paired t-test to compare the mean scores of the dependent groups, with the significance level set at 0.05.

The research results indicated that the mean scores of motivation for drug prevention, attitudes toward drug prevention, self-valuation, social support, self-efficacy, intention to quit drug use, and drug use behavior in the experimental group significantly increased at the 0.05 level.

Keywords: Motivation, Valuation, Social Support, Drug Use Behavior

บทนำ

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรง ยากต่อการแก้ไข

เนื่องจากมีความซับซ้อน ยังมีผู้เสพยาที่ยังไม่เข้าสู่การบำบัดอีกจำนวนมาก ส่งผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในพื้นที่เดียวกัน¹

¹ *โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เพราะยาเสพติดเป็นบ่อเกิดของปัญหาอาชญากรรม การลักขโมย และขัดต่อศีลธรรมของสังคม เกิดผลกระทบต่อดังผู้เสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ² ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการและนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่าในปี 2563 มีประชากรกว่า 284 ล้านคนทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 26 เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลง เด็กและเยาวชนใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่และใช้ในปริมาณที่มากกว่า สถานการณ์ยาเสพติดในปีที่ผ่านมา ยังคงอยู่ในระดับที่รุนแรง ทั้งในด้านการจับกุมและการบำบัดรักษา รัฐบาลจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ติดยาเสพติด โดยแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดปี 2558 ได้กำหนดจุดมุ่งหมายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ติดยาเสพติดในเชิงคุณภาพในทุกขั้นตอนของกระบวนการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งปรับปรุงมาตรฐานการบำบัดรักษา โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันกำหนดหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดขึ้น โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เสพยาเสพติดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือไม่เป็นพาหะของโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ วัณโรค โรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์³ สารเสพติดเป็นสารเคมีซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใด จะทำให้เกิดการติดได้หากใช้สารนั้นเป็นประจำ มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจตลอดเวลา ต้องการขนาดการเสพที่เพิ่มมากขึ้น มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา⁴ สารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดประสาท ได้แก่ ผีนมขี้เมา เฮโรอีน สารระเหย และยาเสพติดประเภท กัญชา กระท่อม ยาสูบ ฝิ่น ยาแก้ปวด ฤทธิ์กดประสาท ได้แก่ แอมเฟตาไมน กรดไขมัน และโคคาอีน หลอนประสาท ได้แก่

แอลเอสดี ดีเอ็มดี และเห็ดขี้ควาย กลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นหรือหลอนประสาทได้พร้อม ๆ กัน เช่น กัญชา เมื่อผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มนี้จะทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย เช่น หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตัวเองและผู้อื่น⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดมีความลำบากแต่สามารถทำได้โดยการอาศัยปัจจัยหลายอย่าง เช่น กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ การพัฒนากระบวนการค้นหาและเข้าสู่การบริการทางการแพทย์ของผู้ติดยาเสพติดอย่างครอบคลุมและเสมอภาค โดยการเสริมสร้างเครือข่าย สร้างระบบการสื่อสาร และทัศนคติที่ถูกต้องให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การสร้างความร่วมมือในการคัดกรองผู้ติดยาเสพติด ด้วยความร่วมมือของทีมงานชุมชนและครอบครัวของผู้ติดยาเสพติด การพัฒนากระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนอย่างครบวงจรตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข โดยการเสริมสร้างให้ชุมชนมีบทบาทหลักในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และการส่งเสริมสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง การเสริมสร้างความร่วมมือของทีมงานชุมชนในการติดตามช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐกับทีมงานชุมชนในการติดตามช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ⁶ การให้คุณค่าแก่ตัวเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ แรงสนับสนุนทางสังคม การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันยาเสพติด การรับรู้ความสามารถของตน และความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด เป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา มณีฉาย และคณะ⁷ ที่พบว่าการเสริม

พลังอำนาจชุมชนและบทบาทของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดมีผลในการลดปัญหาเสพติดในชุมชน พัทธพันธ์ คงทอง และคณะ² พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาบ้าร่วมกับยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะการต่อต้านการใช้สารเสพติด ($p=0.015$) และการทำหน้าที่ครอบครัว ($p=0.008$) ชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์ และคณะ⁸ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ เทอดศักดิ์ เนียมเปีย และวุฒิชัย จริยา⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าต่อความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่าการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าไม่แตกต่างกัน แต่หลังทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}=0.005$ ผลการเปรียบเทียบหลังทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ และ 16 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$)

จังหวัดศรีสะเกษกำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นนโยบายเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจังทั้งระบบ โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด รวมถึงการร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อปราบปรามแหล่งผลิตและเครือข่ายผู้ค้ายาเสพติดในพื้นที่แนวชายแดนและพื้นที่ตอนใน โดยดำเนินการตามกฎหมายไทยและหลักสากล¹⁰ ในอำเภอกันทรลักษ์มีการนำผู้ใช้สารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดผ่านค่ายผู้บำบัดยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564–2566 มีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 50, 50 และ

204 คนตามลำดับ แต่ปัญหาที่พบคือการกลับมามีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซ้ำถึงร้อยละ 82.56 ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัย คุณภาพชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคมชุมชน และปัญหาอื่น ๆ¹¹ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องผลของแรงจูงใจ การให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของแรงจูงใจ การให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันยาเสพติด ทักษะการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันยาเสพติด ทักษะการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

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

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัด ศรีสะเกษ ปี 2566

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรของ Lemeshow (1990) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 44 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ การให้คุณค่า และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติด จำนวน 44 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมปกติจำนวน 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการทดลองใช้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ การให้คุณค่า และแรงสนับสนุนทางสังคม กระบวนการนี้ถูกนำมาใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากการสร้างแรงจูงใจ การให้คุณค่า และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อวัดผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการ ทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้: ข้อมูลทั่วไป: ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย รวมจำนวน 7 ข้อ แรงจูงใจในการป้องกันยาเสพติด: จำนวน 10 ข้อ ทักษะต่อการป้องกันยาเสพติด: จำนวน 10 ข้อ การให้คุณค่ากับตัวเอง: จำนวน 10 ข้อ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด: จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด: จำนวน 10 ข้อ ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด: จำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด: จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามนี้ถูกออกแบบมาเพื่อรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นในการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการ โดยใช้การวัดค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละส่วนทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความแตกต่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลการทดสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและการหาค่าความเชื่อมั่น พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นดังนี้: แรงจูงใจในการป้องกันยาเสพติดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ทักษะต่อการป้องกันยาเสพติดเท่ากับ 0.71 การให้คุณค่าแก่ตัวเองเท่ากับ 0.73 แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.75 การรับรู้ความสามารถของตนเท่ากับ 0.82 และความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดเท่ากับ 0.78 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือในระดับที่ดีพอสมควรสำหรับการใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา: ใช้ในการนำเสนอข้อมูลด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิมฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม: ใช้สถิติ paired t-test เพื่อวิเคราะห์ผลต่างของ

คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม: ใช้สถิติ Independent t-test เพื่อวิเคราะห์ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จะใช้ในการตัดสินความนัยสำคัญของผลการทดสอบทางสถิติทั้งหมด

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-034 ลงวันที่ 29 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 100.0 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 26.80 ปี (S.D.= 7.88 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 88.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.5 มีมัธยฐานของรายได้เท่ากับ 3,500 บาท (P25=500 บาท : P75=7,000 บาท) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 และอาศัยอยู่กับ บิดา มารดา ร้อยละ 40.9 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ร้อยละ 100.0 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 28.41 ปี (S.D.= 7.88

ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 79.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.9 มีมัธยฐานของรายได้เท่ากับ 3,500 บาท (P25=700 บาท : P75=7,200 บาท) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.8 และอาศัยอยู่กับ บิดา มารดา ร้อยละ 36.4 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงงูใจในการป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงงูใจในการป้องกันยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value= 0.011) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงงูใจในการป้องกันยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.57 คะแนน (95% CI = 0.36-2.77) หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงงูใจในการป้องกันยาเสพติดของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงงูใจในการป้องกันยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 11.61 คะแนน (95% CI = 10.49-12.73) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงงูใจในการป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 44)

แรงงูใจในการป้องกันยาเสพติด	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.47	3.15	1.57	0.36-2.77	2.58	0.011
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.04	2.48				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24.06	3.09	11.61	10.49-12.73	20.66	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.45	2.07				

**p-value<0.01

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.032$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.71 คะแนน (95% CI=0.05-1.35) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ

ทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติดของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.73 คะแนน (95% CI=6.51-8.94) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	12.18	1.82	0.71	0.05-1.35	2.16	0.032
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.47	1.51				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	20.50	3.50	7.73	6.51-8.94	12.66	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.77	2.02				

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

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเองสูงกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ 2.77 คะแนน (95% CI=1.70-3.83) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเองของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.41 คะแนน (95% CI=12.27-14.54) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าแก่ตัวเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=44)

การให้คุณค่าแก่ตัวเอง	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	12.61	2.58	2.77	1.70-3.83	5.18	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.38	2.42				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	26.81	1.99	13.41	12.27-14.54	23.47	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.40	3.22				

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

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

กว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.78 คะแนน (95% CI=3.28-6.26) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 14.02 คะแนน (95% CI = 12.79-15.25) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=44)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	17.93	4.06	4.78	3.28-6.26	6.37	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.15	2.85				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	26.04	3.57	14.02	12.79-15.25	22.68	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.02	2.00				

**p-value<0.01

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่าง

คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 12.43 คะแนน (95% CI = 11.03-13.82) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=44)

การรับรู้ความสามารถของตน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	12.54	2.51	-0.78	-0.27-1.81	1.46	0.146
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.31	2.41				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24.77	4.26	12.43	11.03-13.82	17.67	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.34	1.89				

**p-value<0.01

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.0008$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 11.03 คะแนน (95% CI = 9.63-12.41) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.04	3.61	-1.05	-0.35-2.44	1.48	0.142
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.09	2.97				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	25.18	3.55	11.03	9.63-12.41	15.73	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.15	2.98				

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

9. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนน

เฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 11.80 คะแนน (95% CI=10.25-13.33) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=44)

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.95	4.57	-1.00	-0.93-2.93	1.02	0.306
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.95	4.52				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24.86	4.31	11.80	10.25-13.33	15.24	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.06	2.78				

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

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของแรงจูงใจ การให้คุณค่า และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

จังหวัดศรีสะเกษ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการป้องกันยาเสพติด ทักษะการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของ

ตน ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมภายใต้บริบทของข้อมูลพื้นที่เรียนเชิญผู้เกี่ยวข้องและเชี่ยวชาญเข้ามาให้ข้อคิดข้อเสนอแนะในการออกแบบโปรแกรม มีองค์ประกอบในการพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้ผ่านการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทฤษฎี การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันยาเสพติด ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การพูดคุยเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง เปิดโอกาสในการพูดคุยซักถาม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจนสามารถสร้างแรงบันดาลใจ ความตั้งใจ นำไปประยุกต์ใช้ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด จากนั้นจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมลดการใช้ยาเสพติด เช่น การรณรงค์ การเสนอข้อคิดเห็น การออกแบบการลดการใช้ยาเสพติด วางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน และกิจกรรมเสริมแรงให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ให้แนวทางซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเลิกใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับบริการที่คลินิกยาเสพติด สอดคล้องกับผลการศึกษาของดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์¹² ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดยาเสพติดโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดและพฤติกรรมการเสพสารเสพติดของผู้ติดยาเสพติดมีระดับการเสพสารเสพติดลดลง และมีความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทิพากร วงศ์คำปิ่น และนิธิพัฒน์ เมฆขจร¹³ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม

การให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดของผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการคลินิกจิตสังคมศาลจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปรึกษาแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ฉวีวรรณ สาระบุตร และสุขุมารณ์ บุญญาสุ¹⁴ ศึกษาผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับบริการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์ และคณะ⁸ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาในด้านความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสารเสพติด พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ศุภชัย นวลสุทธิ์ จุฬา และคณะ¹ ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการ

เปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก ผลการวิจัยพบว่า การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนความพร้อมในภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทั้งที่และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์มีคะแนนความพร้อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สยาภรณ์ เคชติ และอรรธรณ หนูแก้ว¹⁵ ศึกษาการพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พัทธพันธ์ คงทอง และคณะ² ศึกษาพฤติกรรม การใช้สารเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดค่ายศูนย์ขวัญจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาบ้าร่วมกับยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่น ๆ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการ ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ครอบครัว เทอดศักดิ์ เนียมเปี้ย และคณะ⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าต่อความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าไม่แตกต่างกัน แต่หลังทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ และ 16 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอัจฉรา ประการ จีรัชชัย และคณะ¹⁶ ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดตามแนวความหมายของ

ชีวิตที่มีต่อความมุ่งมั่นในชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดระยะติดตามผลที่ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามแนวความหมายของชีวิตมีคะแนนความมุ่งมั่นในชีวิตสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มบำบัดและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้ากลุ่มบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สุวิทย์ สลามเต๊ะ¹⁷ ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมภาวะผู้นำเด็กและเยาวชนของศาลเยาวชนและครอบครัวเพื่อป้องกันการติดยาเสพติด ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาหลักสูตรประกอบด้วยเนื้อหา 10 องค์ประกอบ จัดเป็น 4 โมดูล คือ โมดูลที่ 1 ความรู้ ความสามารถ โมดูลที่ 2 ทักษะจำเป็นของผู้นำ โมดูลที่ 3 การสร้างคุณธรรม จริยธรรม จิตอาสาพัฒนาผู้นำ และโมดูลที่ 4 การนำไปใช้และการขยายผล ด้านผลการทดลองใช้หลักสูตรพบว่า หลังการฝึกอบรมเด็กและเยาวชนมีความรู้และเจตคติสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ควรนำโปรแกรมห้ไปขยายผลให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด ศรีสะเกษ หรือประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

2. การวิเคราะห์รายข้อด้านพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ายังมีผู้เข้ารับการบางรายที่มีพฤติกรรม การใช้ซ้ำหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรสร้างความตระหนักและติดตามดูแลพฤติกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมและปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น การเสริมสร้างความตระหนักในชุมชนเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดและการให้การสนับสนุนทางสังคม

เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ นอกจากนี้ ควรพัฒนามาตรการและโปรแกรมเสริมแรงจิตใจในการเลิกใช้ยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ผู้เข้ารับการสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมที่มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ กับโปรแกรมอื่น ๆ เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างละเอียด การเปรียบเทียบนี้จะช่วยให้เห็นถึงความแตกต่างในผลลัพธ์และสามารถระบุปัจจัยที่ทำให้โปรแกรมหนึ่งมีประสิทธิภาพมากกว่าอีกโปรแกรมหนึ่งได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะประโยชน์ต่อการขยายผลและประยุกต์ใช้โปรแกรมในบริบทอื่น ๆ ต่อไป

2. ควรศึกษารูปแบบผสมผสานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับ

การที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ รวมถึงการใช้วิธีการหลากหลาย เช่น การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดศรีสะเกษและพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ การขยายพื้นที่ศึกษาและการใช้รูปแบบผสมผสานจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้อย่างยั่งยืน

3. ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษานวัตกรรมที่ผ่านมา ดูว่าแนวทางใดได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในอนาคต การทบทวนนี้จะช่วยปรับปรุงโปรแกรมที่มีอยู่และนำแนวทางใหม่มาใช้ในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- ศุภชัย นวลสุทธิ จุฬา ศรีรักษา ทับปณ สัมปทณรักษ์ และ สมหมาย คชนาม. (2565). ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565 หน้า 163-177.
- พัทธนันท์ คงทอง อารดา หายักวงษ์ และ ญัฐพล โยธา. (2564). พฤติกรรมการใช้สารเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดค่ายศูนย์ขวัญจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) ปีที่ 21 ฉบับที่ 2: เมษายน-มิถุนายน 2564, 225-235.
- Office of the Narcotics Control Board, the Ministry of Justice. The practical manual for using the information about national drug abusers and drug abuse treatment. 2nd ed. Samut Prakan: Udomsuxsa Printing and Publishing. 2017. Thai.
- สาลิณี ภูรุ่งเรืองผล. (2562). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. สืบค้นเมื่อ 8 มกราคม 2566, จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/19081615_6591830384.pdf.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2558). โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส จำกัด.
- สมนึก นวลคำ ทวนทอง เขาวงกตพิงค์ และ เจริญวิทย์ สมพงษ์ธรรม. (2565). การพัฒนากลยุทธ์การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในเขตพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารศิลปการจัดการ ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2565.

7. จันทรา มณีฉาย อัครศิริ ลาปี่ และ สุพัฒพงศ์ แยมอิม. (2565). การเสริมพลังอำนาจชุมชนกับบทบาทของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรณีศึกษา ตำบลท่าชนะ อำเภотаชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การค้นคว้าอิสระนิติศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
8. ชัยรัชต์ ก้องเปสลาพันธ์ เพชรา เมธอนันต์กุล ญัฏฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย และนริญา ศรีบุรพา. (2566). ประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาในด้านความยืดหยุ่นทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตใจในผู้ป่วยสารเสพติด. วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย 54(1) (2566) 51-64.
9. เทอดศักดิ์ เนียมเปีย และ วุฒิชัย จริยา. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าต่อความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563, 700-708.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). สรุปผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด ปี 2566.
11. โรงพยาบาลกันทรลักษณ์. (2566). สรุปผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด ปี 2566.
12. ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยติดยาเสพติดโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566.
13. ทิพากร วงศ์คำปัน และ นิธิพัฒน์ เมฆขจร. (2565). ผลของการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างความตั้งใจในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการคลินิกจิตสังคมศาลจังหวัดเชียงใหม่. วารสารจิตวิทยา ปีที่ 20 เล่มที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2565).
14. ฉวีวรรณ สาระบุตร และ สุขุมารณ์ บุญญาสุ. (2566). ผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566.
15. สยาภรณ์ เดชดี และ อรวรรณ หนูแก้ว. (2554). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564, 91-111.
16. อัจฉรา ประการ ฐิรัชย์ หงส์ยันตรชัย และปวีร์ สิริเกียรติกุล. (2562). ผลของกลุ่มบำบัดตามแนวความหมายของชีวิตที่มีต่อความมุ่งหวังในชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดระยะติดตามผล. วารสารรัชต์ภาคย์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 31 ตุลาคม-ธันวาคม 2562.
17. สุวิทย์ สลามเต๊ะ. (2561). การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมภาวะผู้นำเด็กและเยาวชนของศาลเยาวชนและครอบครัวเพื่อ การป้องกันการติดยาเสพติด. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี ปีที่ 12 ฉบับพิเศษ เดือนตุลาคม 2561.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

Development of Intermediate care of stroke patient model in community.
using by participation of network partners Mueang Lamphun District,
Lamphun Province.

(Received: June 23,2024 ; Revised: June 27,2024 ; Accepted: June 29,2024)

วัชรพร ดวงแก้ว¹, อรทัย ธรรมป็อก¹, ธนิตา จิตนารินทร์¹, อัญชลี ศรีสุตา¹, มาลีวรรณ เกษตรทัต¹

Watcharaporn Daungkaew¹, Orathai Thummapok¹, Thanita Jitnarin¹, Anchalee Srisuta¹, Maleewan Kasettath¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ทำการศึกษาในช่วงเดือนธันวาคม 2566 – เดือนพฤษภาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 145 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 145 คน ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น ก่อนพัฒนามีค่าคะแนน ADL เฉลี่ย ก่อนพัฒนามีค่า 8.86 คะแนน ภายหลังการพัฒนามีค่า 9.50 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ย ADL ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนามีค่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.84$)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง, การพยาบาลต่อเนื่องในชุมชน, การมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย

Abstract

This research was participatory action research aimed to develop and use a model for continuous Intermediate care for stroke patients in the community. using the participation of network partners Mueang Lamphun District, Lamphun Province, studied during the month December 2023 - May 2024, a sample group of 145 Intermediate care stroke patients, 145 caregivers, health care team of 11 people. The research tools included an interview form, an interview form for the multidisciplinary team and network partners. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians, and qualitative content analysis.

The results found that After developing the model, it was found that there was increased satisfaction. Before development, the average ADL score before development was 8.86 points, after development it was 9.50 points. When tested with paired t-test statistics, it was found that the average ADL score after developing the model for continuous mid-term stroke care in the community. using the participation of network partners, mean score increased significantly more than before development at the .05 level ($t = 2.84$).

Keywords: Intermediate care stroke, continuing nursing care in the community, participation in network partners

¹ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

บทนำ

สถานการณ์โลกจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมีการเพิ่มขึ้นทุกปีปัจจุบันพบประมาณ 15 ล้านคนทั่วโลก และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลกอีกด้วย ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากมักมีความพิการหลงเหลือ โดยเฉพาะทรงตัวและการเคลื่อนไหว ประสาทการรับรู้การสื่อสาร อารมณ์ ด้านครอบครัว สังคม และยังพบว่าส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี¹

ประเทศไทยในปี 2564 - 2566 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 330, 332 และ 336 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และยังพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี 2564-2566 เป็นร้อยละ 11.00, 11.02 และ 12.25 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี² ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงการฟื้นฟูระยะกลาง ในปี 2566 มีเพียงร้อยละ 12.89 เท่านั้น และจากผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 17.86 ที่เข้ารับการรักษาทันในช่วง Golden period และได้นอนโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟู จะมีแค่ ร้อยละ 4 ที่พ้นระยะวิกฤติ และจะถูกจำหน่ายให้กลับบ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เป็นการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่แล้วแต่ยังมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 15 คะแนน ร่วมกับความบกพร่อง และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ จำเป็นต้องได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะกลางต้องติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน ครอบครัว และชุมชนที่อาศัย การเพิ่มสมรรถนะร่างกายและจิตใจให้กลับมามีคุณภาพ

ชีวิตที่ดี การฟื้นตัวที่ดี มีภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุด ลดความพิการ ทุพพลภาพ ลดการเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และสามารถใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติ ลดงบประมาณด้านการรักษาของภาครัฐ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยบุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญร่วมกับญาติผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจึงประสบผลสำเร็จ³

โรงพยาบาลลำพูน ในปี 2564-2566 พบอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 221.36, 231.75 และ 247.88 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มการป่วยเพิ่มขึ้นในทุกปี อัตราการตายที่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 8.37, 8.80 และ 7.68 ตามลำดับ ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 724 คน แบ่งเป็นประเภทผู้ป่วยได้ดังนี้ ผู้ป่วยประเภท Spinal Cord Injury ร้อยละ 63.81 รองลงมา Traumatic Brain Injury ร้อยละ 60.49 และ Fragility hip fracture ร้อยละ 21.13 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 145 คน ได้รับการดูแลตามกระบวนการ Service plan โดยเน้นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดอัตราการป่วยและตาย พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม รวมทั้งสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การติดตามตัวชี้วัดผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index ได้ค่า 20 ก่อนครบ 6 เดือน ในปี 2562-2564 มีค่าน้อยกว่า ร้อยละ 75 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด⁴ ปัญหาที่พบเบื้องต้น คือ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัวชุมชนและภาคีเครือข่าย

จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องโดยการใช้

ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปจนถึงครอบครัวและชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสู่ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) พื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนในเขตรับผิดชอบ และ ภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 145 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 145 คน ทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพศูนย์ดูแล

ต่อเนื่อง 3 คน และ นักกายภาพบำบัด 6 คน รวมสหวิชาชีพ จำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่ม ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ญาติผู้ดูแล และการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน แบบสัมภาษณ์โรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน แบบสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปและเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ขั้นตอนของการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน ศึกษากระบวนการ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน ปัญหาความต้องการของบุคลากรผู้ให้บริการ สังเกตการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมวิเคราะห์สรุปประเด็นปัญหาความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และความต้องการของบุคลากร นำเสนอ ต่อคณะกรรมการทีมผู้บริหาร ทีมคลินิก กำหนดประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชนร่วมกัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วยวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต(Observing) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม

2566 – เดือนพฤษภาคม 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน สะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พัฒนาทีมดูแลต่อเนื่องพัฒนารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน โดยจัดประชุมความรู้โรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ต่อเนื่องในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แผนผังการไหลของงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล การวิเคราะห์และถอดบทเรียนจาก กระบวนการพัฒนา และประเมินผลการมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ การวางแผนการดำเนินงานตามแผนความคิดเห็นร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาปฏิบัติกิจกรรมตามแผน และมีการสะท้อนผลการปฏิบัติสรุปบทเรียนจากการปฏิบัติเป็นระยะ ปรับปรุงวิธีปฏิบัติในวงจรใหม่ที่เหมาะสม ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานความสำเร็จของงานเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยมีการแจกแจง ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอึดตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในกลุ่มตัวอย่าง 145 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 57 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.31 รองลงมาเป็น เพศชาย จำนวน 88 คน ร้อยละ 60.69 ผู้ป่วยส่วนมากอายุน้อยกว่า 60 ปี

จำนวน 43 คน ร้อยละ 29.66 รองลงมาอยู่ในช่วง 60-65 ปี จำนวน 34 คน ร้อยละ 23.45 และช่วงอายุ 66-70 ปี จำนวน 31 คน ร้อยละ 21.38 ตามลำดับ (Mean± SD = 63.21±1.24, Min=30, Max=87) อาชีพส่วนมาก ทำไร่ทำนา จำนวน 50 คน ร้อยละ 34.48 รองลงมา รับจ้างทั่วไป จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.59 และ ค้าขาย จำนวน 34 คน ร้อยละ 23.45 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด 145 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 ศาสนา ระดับการศึกษา ส่วนมาก ไม่ได้ศึกษา จำนวน 37 คน ร้อยละ 25.52 รองลงมา ประถมศึกษาและปริญญาตรี จำนวน 32 คน เท่ากัน ร้อยละ 22.07 และมีมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย จำนวน 22 คน ร้อยละ 15.17 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 105 คน ร้อยละ 72.41 รองลงมาคือ เพศชาย จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.59 อายุส่วนมาก อยู่ในช่วง 51-60 ปี

จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 30.34 รองลงมาช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 36 คน ร้อยละ 24.83 และ ช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 20 คน ร้อยละ 13.79 ตามลำดับ (Mean± SD = 50.71±1.65, Min= 23, Max=61) ส่วนมากมีอาชีพทำไร่ทำนา จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.59 รองลงมาค้าขาย จำนวน 48 คน ร้อยละ 33.10 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 32 คน ร้อยละ 22.07 ตามลำดับ นับถือศาสนา พุทธทั้งหมด 145 คน ร้อยละ 100.00 การศึกษาส่วนมากมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.59 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 38 คน ร้อยละ 26.21 และ ประถมศึกษา จำนวน 25 คน ร้อยละ 17.24 ตามลำดับ ความเกี่ยวข้องส่วนมากเป็นบุตร จำนวน 82 คน ร้อยละ 56.55 รองลงมาเป็น คู่สมรส จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.59 และ พี่น้อง จำนวน 16 คน ร้อยละ 11.03 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนส่วนมาก อยู่ระหว่าง 5000-10,000 บาท จำนวน 79 คน ร้อยละ 54.48 รองลงมา มากกว่า 10,001 บาท จำนวน 44 คน ร้อยละ

30.34 และ ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 22 คน ร้อยละ 15.17 ตามลำดับ (Mean $\pm$ SD = 8,000 $\pm$ 300.36, Min= 3000, Max=50,000)

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 145 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Hemorrhagic stroke จำนวน 122 คน ร้อยละ 84.14 รองลงมา เป็นประเภท Ischemic stroke จำนวน 23 คน ร้อยละ 15.86 ตามลำดับ แบ่งตามลักษณะได้เป็น Spinal Cord Injury จำนวน 40 คน ร้อยละ 27.58 รองลงมาคือ Traumatic Brain Injury จำนวน 20 คน ร้อยละ 13.79 และ Fragility hip fracture จำนวน 4 คน ร้อยละ 2.75 ตามลำดับ โรคส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 48 คน ร้อยละ 33.10 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานจำนวน 50 คน ร้อยละ 34.48 และ อ้วนกับหัวใจ เท่ากัน จำนวน 32 คน ร้อยละ 22.07 ตามลำดับ ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบคือ ความอ่อนแรงแขนขา จำนวน 82 คน ร้อยละ 56.55 รองลงมาเดินลำบาก จำนวน 70 คน ร้อยละ 48.28 และ การเข้าห้องน้ำ จำนวน 65 คน ร้อยละ 44.83 ตามลำดับ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน) จำนวน 56 คน ร้อยละ 38.62 รองลงมาไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) จำนวน 53 คน ร้อยละ 36.55 และ ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 19 คน ร้อยละ 13.10 และ ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9 – 11 คะแนน) จำนวน 17 คน 11.72 ตามลำดับ

การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่เข้าใจว่าจะสามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลชุมชนหรือบ้านได้ ระบบการส่งต่อยังคงขาดการส่งต่อที่เป็นระบบชัดเจน ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจและขาดความตระหนักและความสำคัญของการฟื้นฟูหลังการรักษา และฟื้นฟูที่บ้าน ผู้ดูแลและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากความซับซ้อน การ

กายภาพบำบัด ขาดอุปกรณ์ การปรับปรุงบ้านที่พักอาศัยที่อำนวยความสะดวกของผู้ป่วยและการเข้าห้องน้ำ การสังเกตภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีภาระค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลยังขาดแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ใช้ไปในแนวทางเดียวกัน บุคลากรยังขาดประสบการณ์ และพยาบาลผู้ดูแลไม่ได้ผ่านหลักสูตรการอบรมพยาบาลฟื้นฟู ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดการส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การติดตามเยี่ยมแล้วไม่มีแนวทางการเยี่ยมบ้าน ขาดระบบการบันทึกการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจน ขาดการทำงานร่วมกันกับทีมภาคีเครือข่ายชุมชน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน จากการวิเคราะห์สาเหตุร่วมกันพบว่า

1) สร้างระบบติดตามให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มาตามนัด การติดตามให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัดเป็นไปได้ยาก ขาดการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงต้องวางแผนบทบาทร่วมกับชุมชนใหม่ โดยให้ภาคีเครือข่ายช่วย เช่น อสม. เป็นผู้ติดตาม ผู้นำชุมชนเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ ท้องถิ่นเป็นผู้จัดหารถเมื่อผู้ป่วยเดินทางลำบาก ญาติและผู้ดูแลกำกับและติดตามอย่างเข้มงวดให้มาครบตามนัดให้ได้

2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงได้จัดทำตารางเวรพยาบาลใหม่ ทำการหมุนเวียนให้ครอบคลุม เพิ่มศักยภาพให้มีพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองระยะกลางให้มีเพิ่มมากขึ้น

3) สร้างแนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่จะได้รับการรักษา เนื่องจากแพทย์มีการเลือกคัดเลือกละเอียดที่จะเข้ารับบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จึงได้จัดทำแนวทางให้แพทย์ใช้ได้ง่าย เป็นสากล และใช้ร่วมกันทั่วทั้งองค์กรเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

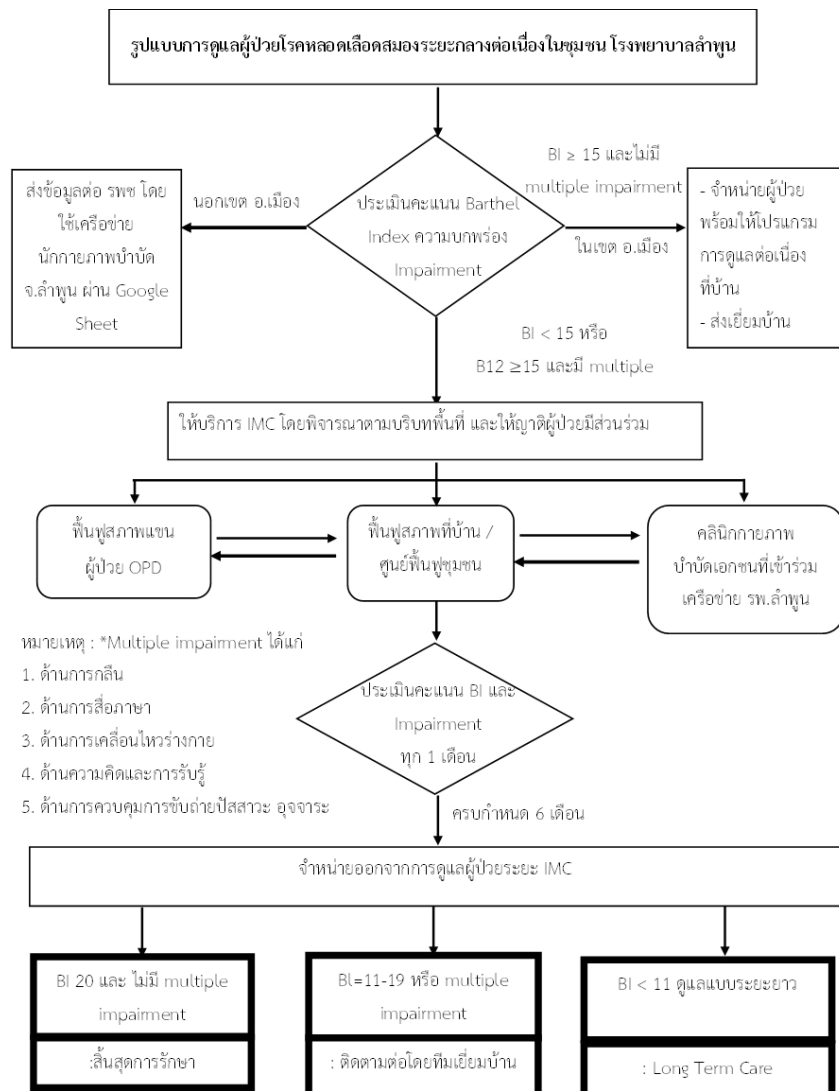
4) ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ในการวางแผน พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน โดยบูรณาการโครงการ งบประมาณร่วมกัน

และกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไปยังชุมชน

5) สร้างศูนย์ฟื้นฟูชุมชน โดยพัฒนาให้โรงพยาบาลชุมชน มีศูนย์ฟื้นฟูชุมชน อย่างน้อยให้มีอำเภอละ 1 แห่ง

6) ให้การดูแลแบบเชิงรุก โดยมีการเยี่ยมบ้านร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายชุมชน มีการเยี่ยมบ้าน

7) พัฒนาระบบติดตามข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน ให้มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ภายหลังการพัฒนาารูปแบบพบว่า ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

กลาง ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ส่วนมากไม่เป็นภาวะพึ่งพิง จำนวน 58 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.00 รองลงมาภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 33.79 ภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 15.17 และ ภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำนวน 16 คน ร้อยละ 11.03 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ก่อนพัฒนาเทียบหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน (n=145)

ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน)	56	38.62	49	33.79
ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน)	19	13.10	16	11.03
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน)	17	11.72	22	15.17
ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน)	53	36.55	58	40.00

ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน (n=145) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) เพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนามีค่า 8.86 คะแนน (SD 5.31 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดี

แอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนาามีค่า 9.50 คะแนน (SD 5.41 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.84$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน (n=145)

รายการ	Means	S.D.	t	p-value
คะแนน ADL ก่อนการพัฒนา	8.86	5.31	2.84	<.001*
คะแนน ADL หลังการพัฒนา	9.50	5.41		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการพัฒนาทักษะบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีทักษะการการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ก่อนการพัฒนาบุคลากรและทีมสหวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบุคลากรผ่านการประเมินทักษะ ร้อยละ 77.26 ภายหลังการพัฒนาในรูปแบบพบว่าบุคลากรและทีมสหวิชาชีพมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.43 ตามลำดับ

ผลการพัฒนาทักษะผู้ดูแลมีความรู้เกิดทักษะตรงตามความต้องการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีทักษะการการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ก่อนการพัฒนาในด้านการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านการประเมินทักษะ ร้อยละ 71.62 ภายหลังการพัฒนาในรูปแบบพบว่า ผู้ดูแลมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.32 ตามลำดับ

ผลการพัฒนาภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมรูปแบบที่ใช้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นรูปแบบที่ได้กำหนดบทบาทของทีมภาคีเครือข่ายชัดเจนขึ้น มีการประสานความร่วมมือและสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายให้เกิดการทำงานเป็นทีมไปในทิศทางเดียวกันและต่อเนื่อง เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลลำพูน ก่อนการพัฒนาภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ร้อยละ 78.66 ภายหลังการพัฒนาในรูปแบบพบว่า ความพึงพอใจในภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 92.38 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนมากอายุน้อยกว่า 60 ปี อาชีพส่วนมากทำไร่นา นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนมากไม่ได้ศึกษาประเภทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมาก

เป็นประเภท Hemorrhagic stroke โรคร่วมโดยส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบคือ ความอ่อนแรงแขนขา เดินลำบาก การเข้าห้องน้ำ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนมากภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ สอดคล้องกับณัฐดา ต้นอ้อย⁵

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 51-60 ปี ส่วนมากมีอาชีพทำไร่นา นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด การศึกษาส่วนมากมัธยมศึกษาตอนปลาย ความเกี่ยวข้องส่วนมากเป็นบุตร รายได้ต่อเดือนส่วนมากอยู่ระหว่าง 5000-10,000 บาท ผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่เข้าใจว่าจะสามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลชุมชนหรือบ้านได้ ระบบการส่งต่อยังคงขาดการส่งต่อที่เป็นระบบชัดเจน ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจและขาดความตระหนักและความสำคัญของการฟื้นฟูหลังการรักษา และฟื้นฟูที่บ้าน ผู้ดูแลและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากความซับซ้อน การกายภาพบำบัด ขาดอุปกรณ์ สอดคล้องกับ วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย และคณะ⁶

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Hemorrhagic stroke รองลงมาเป็นประเภท Ischemic stroke แบ่งตามลักษณะได้เป็น Spinal Cord Injury รองลงมาคือ Traumatic Brain Injury และ Fragility hip fracture ตามลำดับ โรคร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวานจำนวน และ อ้วนกับหัวใจ ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบคือ ความอ่อนแรงแขนขา รองลงมาเดินลำบาก และการเข้าห้องน้ำ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ รองลงมาไม่เป็นการพึ่งพิง และภาวะพึ่งพิงรุนแรง สอดคล้องกับ ดารุณี โนนทิง⁷

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน ประกอบด้วย 7

กระบวนการ ดังนี้ 1) สร้างระบบติดตามให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มาตามนัด 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) สร้างแนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่จะเข้ารับการรักษา 4) ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 5) สร้างศูนย์ฟื้นฟูชุมชน 6) ให้การดูแลแบบเชิงรุก 7) พัฒนาระบบติดตามให้มีความต่อเนื่องเชื่อมโยง สอดคล้องกับ ศีล เทพบุตร⁸

ผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางตามดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ส่วนมากไม่เป็นภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.84$) ผลการพัฒนาทักษะบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่ามีทักษะการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผลการพัฒนาทักษะผู้ดูแลมีความรู้เกิดทักษะตรงตามความต้องการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น และ ผลการพัฒนาภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมรูปแบบที่ใช้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นรูปแบบที่ได้กำหนดบทบาทของทีมภาคีเครือข่ายชัดเจนภายหลังการพัฒนา

รูปแบบพบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ⁹

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลลำพูน ผู้นำไปใช้ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง โดยสนับสนุนทักษะของพยาบาล ทักษะของผู้ดูแลความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายจึงจะสำเร็จได้

2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ให้ใช้อย่างต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการจึงจะประสบความสำเร็จได้

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ญาติผู้ดูแล และบุคลากร ในโรงพยาบาลลำพูน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (2022). The top 10 causes of death. Retrieved February 21, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#.YhJBDXoc8HO>.
2. กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข 2563. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2565, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/.
3. สถาบันสรีรเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางกายภาพแห่งชาติ. แผนงานเพื่อพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: คลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพสถาบันสรีรเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางกายภาพแห่งชาติ; 2565.

4. โรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). 2566.
5. ณัฐรดา ต้นอ้อย. การพัฒนาการบริการทางไกลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมืองสระแก้ว. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. 2566.
6. วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และคณะ. การวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาวในบริบทชีวิตวิถีใหม่ จังหวัดสงขลา. มุลนิธิภาคใต้ ร่วมกับ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2565.
7. ดารุณี โนนทิง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1): 244-251.
8. ศील เทพบุตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2563;17(3): 112-124.
9. วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการบริหารลพื้นที่ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(2): 119-132.

การประเมินผลลัพธ์การบริการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; รูปแบบร้านยาแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

Evaluation of community pharmacy-based common illness services in Universal coverage Scheme. A drug store model Udon Thani Province.

(Received: June 23,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

ภาคภูมิ อินตายุว¹, สุมินทร เป้าธรรม²

Pakphum Intayuang¹, Sumintorn Baotham²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่รับบริการ วิเคราะห์ต้นทุน จุดคุ้มทุน รูปแบบการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและฐานข้อมูลของร้านยา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับบริการที่ร้านยาทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2566- เดือนมิถุนายน 2567 ที่มีข้อมูลบันทึกบริการใน ฐานข้อมูลโปรแกรมสำเร็จรูปและข้อมูลในไฟล์ ที่ร้านยาเก็บรายการยาที่จ่ายกับต้นทุนค่ายา คัดเลือกร้านยาแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย มีผู้ป่วยรับบริการ 2,005 คน 3,982 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62) มาด้วยอาการสำคัญ ไข้/ไอ/เจ็บคอ มากสุด รองลงมาคือ ปวดข้อ/เจ็บกล้ามเนื้อ และอาการทางผิวหนัง (ร้อยละ 37, 25 และ 13 ตามลำดับ) ติดตามผลการรักษาเมื่อครบ 3 วันพบว่าผู้ป่วยหายเป็นปกติร้อยละ 84 ทุกเลวร้อยละ 15 ไม่ทุเลาร้อยละ 0.6 ต้นทุนในการจัดบริการ Common illness (CI) คิดเป็น 150.7 บาทต่อครั้ง จุดคุ้มทุนของร้านยาคือมีผู้มารับบริการ CI 262 ครั้งต่อเดือน หรือ 8.7 คนต่อวัน

คำสำคัญ: ร้านยาคุณภาพ, เจ็บป่วยเล็กน้อย,เภสัชกร, สปสช, ต้นทุน

Abstract

This study was survey research aimed at evaluating the health outcomes of patients receiving services. Cost analysis, break-even point, operating model success factors From in-depth interviews and drug store databases The sample group includes service recipients at all drug stores participating in the project. During February 2024 - June 2024 with service records in the packaged program database and information in the file. At the drug store, keep a list of the medicines dispensed and the cost of the medicines. Select specific drugstores Analyzed with descriptive statistics.

Results: There were 2,005 patients receiving services 3,982 times, most of whom were female (62 percent) with important symptoms. Fever/cough/sore throat were the most common, followed by joint pain/muscle pain. and skin symptoms (37%, 25%, and 13%, respectively). Following up on treatment after 3 days, it was found that 84% of patients were cured, 15% were relieved, 0.6% were not relieved. The cost of adding Common illness (CI) services is calculated as 150.7 baht per visit, the drug store's break-even point is that 262 people come to receive CI services per month, or 8.7 people per day.

Keywords: Quality drug store, common illness, Pharmacist, NHSO, Cost

บทนำ

การรับบริการของผู้ป่วยที่แออัดใน
โรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เป็นปัญหา

สาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อทั้งประสิทธิภาพการ
รักษา ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย
และครอบครัว ข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยนอก ปี

¹ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

² คณะอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

2556 จำนวน 161 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นเป็น 294 ล้านครั้ง ในปี 2566¹ ปี 2563 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบาย “ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล” โดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สภาเภสัชกรรม และสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ดำเนินโครงการลดความแออัด ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนในการรับยาที่ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากเภสัชกรอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้โครงการดังกล่าวยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เนื่องจากลดความถี่ของการเข้ารับบริการสถานพยาบาลของประชาชน²

ภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2567 คือ การยกระดับระบบบริการสาธารณสุข พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน สร้างความมั่นคงทางสุขภาพคนไทยทุกมิติทั้งการส่งเสริม ควบคุม ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว นโยบายสำคัญที่ต้องเร่งรัดพัฒนา 1 ใน 5 ด้าน ได้แก่ การยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เชื่อมโยงระบบการรักษา เบิกจ่ายและการบริการทางสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล อำนวยความสะดวกให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้ทุกที่ทั่วไทย ตลอดจนพัฒนาระบบ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เชิงพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น³

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ราชกิจจานุเบกษา ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ เรื่อง จังหวัดที่ดำเนินงานตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว รวมทั้งได้กำหนดมาตรการในการดำเนินงาน เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการตามนโยบายดังกล่าว นำร่องใน 4 จังหวัดได้แก่ แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด และนราธิวาส โดยประกาศฉบับนี้ มีการเพิ่มจังหวัดอุดรธานี ให้ดำเนินการตามนโยบาย “โดยสปสช. ร่วมกับสภาเภสัชกรรม เพิ่มบริการ “เภสัชกรรมปฐมภูมิ” โดยเภสัชกรร้านยาในชุมชนร่วมดูแล ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง 30 บาท) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย สามารถปรึกษาเภสัชกรและรับยาตามอาการได้ที่ร้านยาที่เข้าร่วม โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ เป็นการพัฒนาระบบเภสัชกรรมปฐมภูมิ ลดแออัดที่โรงพยาบาลมากเกินไป ความจำเป็น โครงการนี้เริ่มดำเนินการวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565⁴

จากการวิจัยของสุณี และคณะ⁵ เภสัชกรผู้ให้บริการร้านยาในโครงการจากทุกเขตสุขภาพ ให้เหตุผลในการเข้าร่วมโครงการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยในร้านยาของเภสัชกรร้านยา ได้แก่ ความต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย การยกระดับมาตรฐานการให้บริการของร้านยาให้โครงการเป็นสื่อประชาสัมพันธ์ให้ร้านยาตนเป็นที่รู้จัก ความต้องการสร้างความแตกต่างให้กับร้านตนเอง การพัฒนาตนเองให้กับประชากรเป็นช่องทางการเพิ่มรายได้ให้กับร้านยาและเพิ่มความมั่นคงให้กับร้านยาเมื่อมีการเชื่อมโยงกิจกรรมกับทางภาครัฐและเห็นว่าการเข้าร่วมโครงการเป็นการประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์ที่ดีให้กับวิชาชีพ ลดความแออัดให้กับโรงพยาบาล ซึ่งโครงการบริการอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนได้รับประโยชน์ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด เพิ่มการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข

ปัจจุบัน จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา⁶ ร้านยาที่มีใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันชั้น 1 (ขย.1) มีจำนวน 386 ร้านยาในจังหวัดอุดรธานี ได้รับการรับรองจากสภาเภสัชกรรมเป็นร้านยาคุณภาพ 52 ร้าน⁷ เข้าร่วมโครงการเจ็บป่วย

เล็กน้อยกับสปสข. 42 ร้าน⁸ คิดเป็นร้อยละ 10.88 ของร้านยาทั้งจังหวัดอุดรธานีมีจำนวนประชากร 1,566,510 คนคิดเป็นอัตราส่วน 1 ร้าน: 37,297 คน กระจายในอำเภอเมือง 30 ร้าน ต่างอำเภอ 12 ร้าน เป้าหมายของสภาเภสัชกรรมคือมีร้านยาให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สัดส่วนต่อประชากร 1:10,000 ซึ่งต้องเพิ่มร้านยาที่ร่วมโครงการจาก 2,000 แห่งเป็น 5,000 แห่งในปี 2568⁹ อย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าว ร้านยาจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน ซึ่งรวมถึงการจัดบริการด้านสถานที่ บุคลากร ยา เวชภัณฑ์ และการบริหารจัดการอื่น ๆ สำหรับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ จึงควรมีการวิเคราะห์ต้นทุน จุดคุ้มทุนของโครงการ เพื่อใช้ในการจัดสรรทรัพยากร และพัฒนาโครงการให้ประสบความสำเร็จ พิจารณาเข้าร่วมโครงการนำระบบบริการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยในร้านยา เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านเภสัชกรรมได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้ต้องการศึกษาประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ต้นทุน จุดคุ้มทุน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ ที่เกิดขึ้นกับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการของร้านยาชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มาใช้บริการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. วิเคราะห์ต้นทุน จุดคุ้มทุน การให้บริการในโครงการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยา
3. ศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ประเมินความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ มุมมองของเภสัชกรประจำร้านยา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

1. การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของบริการเจ็บป่วยเล็กน้อยในร้านยาของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของจังหวัดอุดรธานี ที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลได้จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกบริการโดยเภสัชกรในระบบ AMED CARE PHARMA (AMED) ได้แก่ จำนวนคน จำนวนครั้ง บริการ เพศ อายุ อาการทางคลินิก อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่มารับบริการ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่

1.1 การบริการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยอาการเล็กน้อยในร้านยา 16 กลุ่มอาการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁰ มีรหัสโรค (ICD-10) ตามข้อบ่งชี้ที่เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยสภาเภสัชกรรม ได้แก่ 1. ปวดหัว (headache) 2. เวียนหัว (dizziness) 3. ปวดข้อ (pain in joint) 4. เจ็บกล้ามเนื้อ (muscle pain) 5. ไข้ (fever) 6. ไอ (cough) 7. เจ็บคอ (sore throat) 8. ปวดท้อง (stomach ache) 9. ท้องเสีย (diarrhea) 10. ท้องผูก (constipation) 11. ปัสสาวะขัด/ปัสสาวะลำบาก/เจ็บ (dysuria) 12. ตกขาวผิดปกติ (vaginal discharge) 13. การทางผิวหนัง ผื่น คัน (skin rash/lesion) 14. บาดแผล (wound) 15. ความผิดปกติที่เกิดกับตา (eye disorder) 16. ความผิดปกติที่เกิดกับหู (ear disorder)

1.2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU) ได้แก่ อัตราการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น (Upper Respiratory Infection; URI) 2) โรคท้องร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea; AD) 3) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (Fresh Traumatic Wound; FTW)

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเภสัชกรเจ้าของร้านยา และเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในประเด็น การบริหารจัดการในการเข้าร่วมโครงการเจ็บป่วยเล็กน้อยกับสปสข. ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ SWOT เพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะ

3. วิเคราะห์ต้นทุนในการเข้าโครงการเจ็บป่วยเล็กน้อย วิเคราะห์จุดคุ้มทุน (break-even point) โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลของร้านที่เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มารับบริการ อาการสำคัญ รายการยาที่จ่าย ต้นทุนราคาขายที่จ่ายแต่ละรายการ ต้นทุนราคาขายรวมต่อคน

การบริการตามแนวทางและมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ กำหนดโดยสภาเภสัชกรรม¹¹ กิจกรรมบริการหลักประกอบด้วย 1. บริการให้คำปรึกษาด้านเภสัชกรรม 2. บริหารยาและเวชภัณฑ์ 3. การติดตามอาการและผลการดูแล¹¹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ Common Illness แบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ตรงตามวัตถุประสงค์ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เกณฑ์การคัดเลือกร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ Common Illness 1) เป็นร้านยาคุณภาพที่มีเภสัชกรตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ 2) ต้องเป็นหน่วยร่วมบริการกับ สปสช 3) ต้องเข้ารับการอบรมที่สภาเภสัชกรรมจัดขึ้นเพื่อให้งานบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน 4) สภาเภสัชกรรมตรวจสอบการทำงานได้ 5) ยินยอมให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากโปรแกรม AMED และข้อมูลที่ร้านยาส่งขึ้นเองเพื่อบันทึกข้อมูลต้นทุนราคาขายและเวชภัณฑ์ที่จ่าย การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

ผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ ผู้รับบริการที่ร้านยาทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2566- เดือนมิถุนายน 2567 ที่มีข้อมูลบันทึกบริการในฐานข้อมูลโปรแกรมสำเร็จรูปและข้อมูลในไฟล์ ที่ร้านยาเก็บรายการยาที่จ่ายกับต้นทุนค่ายา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การให้บริการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยา 1) ประชาชนไทยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย รับประทานยาตามแนวทางและมาตรฐานการให้บริการฯ โดยสภาเภสัชกรรม 2)

ร้านยาที่ให้บริการต้องเป็นร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นร้านยาคุณภาพผ่านการรับรองโดยสภาเภสัชกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการทดสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คนซึ่งเป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยหัวข้อคำถามหลัก ต่อไปนี้

1. การบริหารจัดการ การดำเนินงานเข้าร่วมบริการด้านเภสัชกรรมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Time line) รวมถึงข้อมูลต้นทุนในการดำเนินงาน

2. ข้อมูลผู้รับบริการจากฐานข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปและฐานข้อมูลที่ร้านบันทึกไว้

3. ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานตามโครงการ ผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วย ปัจจัยความสำเร็จ จุดแข็ง จุดอ่อน จากสภาพแวดล้อมภายใน โอกาสและอุปสรรคจากสภาพแวดล้อมภายนอก ตลอดจนผลกระทบต่อธุรกิจของร้านยา (SWOT Analysis) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการให้บริการ การสนับสนุนจากภาครัฐ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประเมินค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 ท่าน มีค่า IOC = 1.00 ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะของร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้ร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงลักษณะ (categorical data) และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการรายงานข้อมูลเชิงปริมาณ (numerical data) ในส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจัดบันทึกขณะสัมภาษณ์ และถอดความจากการอัดเสียง นำมาประมวลผล เขียนและเรียบเรียงให้คงใจความสำคัญเดิม หากไม่เข้าใจประเด็นใดจะสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นเภสัชกร

ประจำร้านทางโทรศัพท์ โน้ต จกว่าข้อมูลจะอิมตัว การสัมภาษณ์เป็นต่อหน้าโดยผู้วิจัยขออนุญาตไปเก็บ ข้อมูลที่ร้านยา

การศึกษาต้นทุน จุดคุ้มทุน (break-even point) ในมุมมองของร้านยา

จุดคุ้มทุน (break-even point) หมายถึง ณ ระดับการผลิตหรือการขายระดับใดระดับหนึ่งที่ทำให้เกิดรายได้รวม (Total Revenue) เท่ากับต้นทุนรวม (Total cost) ต้นทุนรวมประกอบด้วยต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปร¹²

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

ผลการวิจัย

ร้านยาที่ร่วมโครงการวิจัยที่ยินยอมให้ ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) และ อนุญาตให้ข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกในฐานข้อมูล AMED-CARE จำนวน 1 ร้าน สถานที่ตั้งร้านอยู่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ขนาดพื้นที่ร้านยา กว้าง 5 เมตร ลึก 10 เมตร แบ่งโซนพื้นที่ให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยบนพื้นที่ภายใน ร้านยา ขนาดกว้าง 2.5 เมตร ยาว 5 เมตร แยกจาก โซนลูกค้าที่ซื้อยาและเวชภัณฑ์หน้าร้าน บุคลากรมี เภสัชกรปฏิบัติงานรวม 2 คน (แบ่งเป็น 2 กะละ 1 คน) ผู้ช่วยเภสัชกร 2 คน (แบ่งเป็น 2 กะละ 1 คน) เปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่ 9.00-22.00 น. (13 ชั่วโมง ต่อวัน 91 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 390 ชั่วโมงต่อเดือน) ร้านยาได้รับใบอนุญาตและเปิดทำการเป็นเวลา 1.5 ปี มีลูกค้าเฉลี่ยวันละ 50 คน ร้านได้เข้าร่วมโครงการ Common Illness มาเป็นระยะเวลา 1 ปี ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และขั้นตอนการ ดำเนินงาน Common Illness ของร้านยา

1.1 ขั้นตอนก่อนเริ่มให้บริการ Common Illness (Pre-CI)

ร้านยา โดยเภสัชกรประจำร้านยา จัดร้านยา ตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice; GPP) ของสภาเภสัชกรรม (เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง ถึง ดับเพลิง เครื่องปรับอากาศ ฉลากยา เครื่องพิมพ์ ฉลากยา โปรแกรมขายยาหน้าร้าน เป็นต้น) และยื่น ขอประเมิน GPP กับงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ใช้เวลา 1 เดือนโดยประมาณ)

สมัครร้านยาคุณภาพ มาตรฐานการประกอบ วิชาชีพเภสัชกรรมในร้านยาสภาเภสัชกรรม ได้กำหนด มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในร้านยา เป็นแนวทางการให้บริการทางเภสัชกรรมที่ดี ที่จะทำ ให้ประชาชนเกิดความมั่นใจในการเข้ารับบริการที่ร้าน ยาจากผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมว่าจะได้รับการ ดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาได้รับยาอย่าง ที่ถูกต้องเหมาะสม และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาที่ เพีย ยง พอ (<https://papc.pharmacycouncil.org/>) (ใช้เวลา 1 เดือนโดยประมาณ)

อบรมหลักสูตร “การดูแลอาการเจ็บป่วย เล็กน้อยในร้านยาโดยเภสัชกรชุมชน” ที่เว็บไซต์ ศูนย์ การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (<https://pharmacycouncilservice.org/>) (เภสัช กรที่เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ เข้าอบรมและทดสอบหลัง เรียน เกณฑ์ผ่านร้อยละ 70 ใช้เวลา 3 วัน)

ร้านยาขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับส่งต่อ เฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) กับสปสช. (ใช้เวลา 1 เดือนโดยประมาณ สามารถยื่นหัวเวลาย่อยกันกับ ขอประเมินร้านยาคุณภาพ)

เภสัชกรอบรมการใช้งานโปรแกรมและการลง โปรแกรมการใช้งานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ AMED, New authen, E-form agent (ดู youtube ย้อนหลัง ที่ สภาเภสัชกรรมร่วมกับสปสช https://www.youtube.com/watch?v=8_6-vEFBLRw ใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง)

เตรียมสำรองยาและเวชภัณฑ์ใน 16 กลุ่มโรค ตามที่สภาเภสัชกรรมกำหนด

ติดตั้งเครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ 1 ชุด ลงโปรแกรมใช้งานให้ครบถ้วน

ติดตั้งเครื่องอ่านบัตรประชาชน smart card กล้องถ่ายรูป webcam เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบบริการย้อนหลังจากสปสช. (Audit)

จัดโซนให้บริการ เพิ่มเก้าอี้แถวนั่งรอรับบริการ 4 ตัว

เมื่อพร้อมให้บริการ จัดทำสื่อ/ป้ายประชาสัมพันธ์โครงการหน้าร้าน และช่องทางเพจ Facebook และ แจกใบปลิว เพื่อให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง

1.2 ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย (Service CI)

ขั้นตอนบริการผู้ป่วย เกสัชกรรมปฐมภูมิ ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับ คัดกรอง วัดความดันโลหิต ชักประวัติ ประเมินอาการที่เข้ากับ 16 กลุ่มโรค จัดยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ติดตามจ่ายยา พร้อมให้แนะนำการปฏิบัติตัว ถ่ายรูปหลักฐานการรับบริการ นัดหมายการติดตามทางโทรศัพท์ หรือนัดหมายเพื่อมาติดตามอาการที่ร้านยา บันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม AMED care ใช้เวลารวม 15-30 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย

1.3 ขั้นตอนหลังให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย (Post-CI)

เกสัชกรติดตามผู้ป่วย 3 วันหรือ 72 ชั่วโมงขึ้นไป ทางโทรศัพท์ และสรุปผลการติดตามใน AMED ทำการจำหน่ายผู้ป่วยในโปรแกรม AMED ซึ่งแบ่งเป็น 4 ประเภท หายป่วย หายป่วย และเสียชีวิต กรณีไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ บันทึกภาพโดยแคปหน้าจอโทรศัพท์ที่ติดต่อไม่ได้ ลงบันทึกใน AMED เกสัชกรแนะนำส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์กรณีอาการไม่ดีขึ้น หากอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิทแนะนำให้กลับมาที่ร้านยาเพื่อรับยาเพิ่มเติม

แต่ละสัปดาห์ เกสัชกรบริหารจัดการ ตรวจสอบคงคลังยา สั่งซื้อยาและเวชภัณฑ์ ให้เพียงพอ พร้อมจ่าย

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม AMED และส่ง e claim สปสช.

สปสช. ชดเชยค่าบริการ 180 บาท/ครั้งบริการ ตรวจสอบการโอนเงินในบัญชีธนาคารที่ผูกกับสปสช. ไว้ (กรณีที่ไม่ได้รับจัดสรรเงินจากการส่งบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ มีช่องทางยื่นอุทธรณ์กับสปสช.)

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่รับบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย จากฐานข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม AMED Care ตั้งแต่เริ่มให้บริการในเดือนพฤษภาคม 2566-มิถุนายน 2567 มีผู้รับบริการเจ็บป่วยเล็กน้อยทั้งสิ้น 2,005 คน 3,982 ครั้ง (1.98 ครั้ง/คน) เป็นเพศชาย 758 ราย หญิง 1,247 ราย

2.2 ประเมินการส่งยาสมเหตุผล RDU

ผลการส่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้น อูจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ เก็บข้อมูลการจ่ายยาที่ร้านบันทึกไว้ เริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 พบว่า

1. อัตราการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เฉลี่ยร้อยละ 30.76
2. อัตราการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลัน เฉลี่ยร้อยละ 50.87
3. อัตราการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ เฉลี่ยร้อยละ 4.69

ส่วนใหญ่ เกสัชกรสั่งยา 2- 3 รายการ/คน (ร้อยละ 65.6) ในผู้ป่วยรับบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย

การจ่ายยาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เกสัชกรประเมินอาการ เลือกยาที่เหมาะสม และจ่ายยาเป็นระยะเวลา 3-7 วัน ขึ้นกับโรคและระดับอาการ โดยมีนัดหมายผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยสะดวก ได้แก่ ติดตามผลทางโทรศัพท์ line หรือนัดหมายให้มาที่ร้านยา ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการสรุปผลที่บันทึกในโปรแกรม AMED

ส่วนที่ 3 ข้อมูลวิเคราะห์ต้นทุน จุดคุ้มทุน การให้บริการในโครงการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยา

ต้นทุนสำหรับผู้ให้บริการ (ร้านยา)

1. ต้นทุนคงที่

1.1. ค่าเช่าอาคาร คำนวณจากค่าเช่าอาคารต่อเดือนหารด้วย 30 วันต่อเดือน คูณกับสัดส่วนของพื้นที่สำหรับให้บริการโครงการพื้นที่ทั้งหมดกับจำนวนผู้ป่วยต่อวัน

(ค่าเช่า 22,000 บาท / 30 วัน = วันละ 733.33 $\times$ (0.5/12.65 case เฉลี่ยต่อวัน) = 28.98 บาท)

1.2. ค่าน้ำค่าไฟ ค่า internet ค่าโทรศัพท์ คำนวณจากค่าน้ำค่าไฟเฉลี่ยต่อเดือนคูณด้วยสัดส่วนของพื้นที่สำหรับให้บริการโครงการต่อพื้นที่ทั้งหมดกับจำนวนผู้ป่วยต่อวัน (ค่าไฟฟ้าเฉลี่ยต่อเดือน 2,123+ค่าน้ำเหมาจ่ายรายเดือน 214+ ค่า internet 550+ค่าโทรศัพท์ 500=3,387 บาท/30 วัน = วันละ 112.90 $\times$ (0.5/12.65 case เฉลี่ยต่อวัน) = 4.46 บาท)

1.3. อุปกรณ์ตกแต่งร้านสำหรับการให้บริการ คำนวณจากต้นทุนค่าตกแต่งหารด้วยประมาณการจำนวนผู้ป่วยในโครงการต่อปี โดยประมาณการจากค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยในโครงการต่อวัน คูณ 365 วัน โดยกำหนดให้อายุอุปกรณ์ตกแต่งร้านมีอายุการใช้งาน 5 ปี (ชุดเก้าอี้ 4 ตัว 4,000+ชุดคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ 16,000+ป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ 3,000 บาท = 23,000/ (12.18 $\times$ 365) = 4.98/5 ปี = 0.99 บาทต่อวัน)

1.4. ต้นทุนค่าแรง คำนวณจากค่าแรงเภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกร ตามระยะเวลาที่เภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรใช้ในการบริการผู้ป่วยโครงการ โดยคำนวณตามระยะเวลาที่เภสัชกรใช้ในการบริการผู้ป่วยต่อ case ระยะเวลาที่เภสัชกรใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลเพิ่มเติมหลังการให้บริการ และระยะเวลาที่เภสัชกรใช้ในการติดตามผู้ป่วย คูณกับค่าแรงงานเฉลี่ยของเภสัชกรร้านยาที่สำรวจได้ โดยที่ค่าแรงเฉลี่ยของเภสัชกรต่อวันที่คำนวณจาก ค่าแรงเฉลี่ยต่อเดือนหารด้วยระยะเวลาที่ควรทำงานต่อเดือน (ทำงาน 13 ชั่วโมงต่อวันเป็นระยะเวลา 30 วันต่อเดือน)

คำนวณจากเงินเดือนเภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกร (รวมทั้งหมดต่อเดือน)

เภสัชกร (10+5+5= 20 นาที $\times$ (80,000/(13 ชม $\times$ 60 นาที $\times$ 30 วัน) = 68.37 บาทต่อ case)

ผู้ช่วยเภสัชกร (10 นาที $\times$ (24,000/(13 ชม $\times$ 60 นาที $\times$ 30 วัน) = 10.27 บาทต่อ case

ดังนั้น 1. ต้นทุนคงที่ต่อ case = 28.98+4.46+0.99+68.37+ 10.27 = 113.07 บาทต่อ case

2. ต้นทุนผันแปร

2.1 ราคาทุนยาเฉลี่ย 35.63 บาทต่อ case

2.2 ราคาของยา/ฉลากยาเฉลี่ย (1+2+3)/3 = 2 บาท ต่อ case

รวมต้นทุนต่อ case = 113.07 (ต้นทุนคงที่) +37.63 (ต้นทุนผันแปร) = 150.70 บาทต่อ case

การจ่ายชดเชยจากสปสช. เหมาจ่าย ในอัตรา 180 บาทต่อครั้ง (visit)

หากพิจารณาจากค่าบริการที่เบิกจ่ายจากสปสช (180 บาทต่อการให้บริการ 1 ครั้ง) พบว่า การให้บริการมีต้นทุนที่ต่ำกว่าค่าบริการ (180-150.7) 29.3 บาทต่อการให้บริการ 1 ครั้ง ถือว่ามีกำไรสุทธิต่อ case อยู่ที่ 29.3 บาท

เก็บข้อมูลต้นทุนของยาและเวชภัณฑ์ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2567 รวม 141 วัน มีผู้ป่วยรับบริการ CI 1,758 ราย เฉลี่ย 12.65 รายต่อวัน

การคำนวณจุดคุ้มทุน

จุดคุ้มทุนของร้านยาพิจารณาจากต้นทุนค่าแรงเป็นรายเดือน ซึ่งคำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้มารับบริการรวมต่อวัน และต้นทุนงบลงทุนเป็นรายเดือนตามสัดส่วนพื้นที่ที่ใช้สำหรับบริการในโครงการต่อพื้นที่ให้บริการทั้งหมด พบว่าต้นทุนคงที่ เฉลี่ยต่อเดือนคือ 37,312 บาท ((80,000+24,000)* 12.65/50 + 22,000 * 1/2) และเมื่อวิเคราะห์จุดคุ้มทุนโดยใช้ต้นทุนผันแปรได้แก่ ค่ายาและค่าอุปกรณ์ต่อการให้บริการ 1 ครั้งคือ 37.63 จะได้ว่า 37,312/(180-37.63) = 262.07 ครั้งบริการ/เดือน หรือ 8.7 คน/วัน

สรุปและอภิปราย

จากการเก็บข้อมูลเชิงลึกและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานบริการดูแลการเจ็บป่วยเล็กน้อยของเภสัชกรชุมชนในร้านยา กรณีศึกษาร้านยาแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี หลังจากเข้าร่วมโครงการ CI กับสปสข. 1 ปี มีข้อมูลและประสบการณ์เพียงพอที่จะสรุปผลลัพธ์และผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในมุมมองของเภสัชกรร้านยา ใน 3 ประเด็น การวิจัยนี้อ้างอิงงานวิจัยจากสุณิ และคณะ จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข⁵ เป็นหลัก ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ของ CI

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 45-64 ปี จากอาการทั้งหมด 16 กลุ่มอาการ พบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยกลุ่มอาการไข้/ไอ/เจ็บคอ/หวัด มากสุด รองลงมาคือ ปวดข้อ/กล้ามเนื้อและอาการทางผิวหนัง ผื่นคัน ลักษณะทางประชากรและอาการแสดงทางคลินิกสอดคล้องกับสุณิและคณะ⁵ ที่สำรวจข้อมูลจากตัวแทนร้านยาทั้ง 13 เขตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในเขตสุขภาพที่ 8 ในวิจัยดังกล่าวไม่มีร้านยาในจังหวัดอุดรธานีเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ผลการติดตามอาการหลังการรักษาครบ 3 วัน อาการหายเป็นปกติร้อยละ 84 ดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท ร้อยละ 15 อาการไม่ดีขึ้นร้อยละ 0.6 ต่างจากงานวิจัยของสุณิและคณะ⁵เล็กน้อย กล่าวคือ หายดีร้อยละ 49.31 ดีขึ้นแต่ยังไม่หายร้อยละ 40.44 ทั้งนี้ไม่มีเกณฑ์การให้คะแนนในการสรุปผลการจำหน่ายการบันทึกสรุปจำหน่ายจึงขึ้นกับความเห็นของเภสัชกรแต่ละร้านยา แต่โดยภาพรวมกลุ่มผู้ป่วยที่หายแล้วกับดีขึ้น (ร้อยละ 89.75) และผู้ป่วยที่ไม่หาย (ร้อยละ 0.6 กับ 1.57) ไกลเคียงกันโดยผู้ป่วย 9 รายที่ไม่ดีขึ้น เภสัชกรแนะนำการส่งต่อแพทย์

การสั่งใช้ยาแก่ผู้รับบริการอย่างสมเหตุผล (RDU)

ผลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน URI, AD, FTW ร้อยละ 30,50,5 ตามลำดับ บ่งชี้ว่าการให้บริการผู้ป่วย CI เภสัชกรให้ความสำคัญในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะพรา ๆ ต่างจากระบบเดิมที่ลูกค้าขอซื้อยาปฏิชีวนะ หรือเรียก ร้อง โดยเน้นผลกำไรเชิงธุรกิจ

มากกว่า โครงการนี้เน้นบริการเชิงมาตรฐานวิชาชีพ เนื่องจากมีระบบการตรวจสอบการจ่ายยาอย่างสมเหตุผลของร้านยา CI ของสภาเภสัชกรรมที่ควบคุมกำกับ นอกจากนี้ ร้านยา CI ยังสั่งใช้สมุนไพรเป็น First line drug เพื่อลดแรงกดดันจากความต้อการยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ เช่นการสั่งใช้ฟ้าทะลายโจรแทนยาปฏิชีวนะในไข้หวัดเจ็บคอ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อไวรัสตามฤดูกาล โครงการนี้ต้องมีการติดตามผลการรักษาเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยในระบบ การที่ผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพรแล้วผลการติดตามดีขึ้น ทำให้เภสัชกรมีความมั่นใจมากขึ้นในการหลีกเลี่ยงการใช้ยาปฏิชีวนะที่เกินจำเป็น แต่ในกลุ่มโรค อุดราระร่วงเฉียบพลัน การใช้ยาปฏิชีวนะยังสูงอยู่ (ร้อยละ 50) เนื่องจาก เภสัชกรยังขาดความมั่นใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพร อีกทั้งยาสมุนไพรมีต้นทุนสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน ส่วน FTW อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะน้อยเนื่องจากในระบบ AMED ไม่มีรายการยาปฏิชีวนะให้สั่งใช้ มีเฉพาะยาทา และถ้าผลมีขนาดใหญ่ ลึก สกปรก หรือเกิดแผลนานเกิน 6 ชั่วโมง จะแนะนำให้ไปล้างแผลและพบแพทย์หรือพยาบาลที่โรงพยาบาลหรือคลินิกใกล้บ้าน

2. ต้นทุน/visit จุดคุ้มทุน

ด้านการวิเคราะห์ต้นทุนและจุดคุ้มทุน ของร้านยาที่ร่วมจัดบริการ CI กับสปสข.ซึ่งได้รับจัดสรรชุดเชยบริการในอัตรา 180 บาท/visit เท่ากันทั้งประเทศ ต้นทุนทั้ง 2 ประเภท ต้นที่คงที่ (ต้นทุนงบลงทุน ต้นทุนค่าแรง) กับต้นทุนผันแปร แต่ละร้านไม่เท่ากัน กรณีศึกษาของร้านยาใน อุดรธานีนี้ มีบริบทคือเป็นร้านยาเดี่ยว เช้าอาคารพาณิชย์ กว้าง 5 เมตร ลึก 10 เมตร เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเต็มเวลาให้บริการ CI รวม 13 ชั่วโมงต่อวัน (เภสัชกร 2 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 2 คน) ผู้รับบริการหน้าร้านเฉลี่ย 50 คนต่อวัน เป็นผู้ป่วยรับบริการ CI เฉลี่ยวันละ 12.65 คน ลักษณะของร้านยาใกล้เคียงกับงานวิจัยสุณิ⁵ (วันละ 52.2 คน)

ต้นทุนการบริการ CI ต่อครั้งจากการวิจัยนี้คือ 150.7 บาท ซึ่งทำให้ร้านยามีจุดคุ้มทุนที่ 262 ครั้งต่อเดือนหรือวันละ 8.7 คน มีต้นทุนต่ำกว่าข้อมูล

ระดับประเทศ⁵ ซึ่งมีต้นทุนบริการ CI เฉลี่ย 263 ± 86.9 บาท /visit จุดคุ้มทุน 282 ครั้งต่อเดือนหรือวันละ 9.4 ครั้ง ต้นทุนของงานวิจัยนี้ที่ต่ำกว่า เนื่องจากร้านใช้วิธีให้บริการที่เร็วขึ้นเพื่อลดเวลาของเภสัชกร โดยให้ผู้ช่วยเภสัชกรบันทึกข้อมูลการยืนยันตัวตน ยืนยันสิทธิการรักษา วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ถ่ายรูปการรับบริการ รวมถึงการตรวจนับยาคงคลัง ซึ่งผู้ช่วยเภสัชกรจะมีต้นทุนค่าแรงต่ำกว่าลดค่าแรงในส่วนของการบริการ CI ของเภสัชกร เภสัชกรจะตรวจ รักษา จ่ายยา ให้คำปรึกษาด้านยาและสุขภาพ และบันทึกบริการในโปรแกรม AMED เป็นหลัก และคัดเลือดยาที่มีคุณภาพ ผลิตในประเทศเพื่อลดต้นทุน โดยที่ให้ผลการรักษาหายหรือทุเลาจากอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ต้นทุนในส่วนค่าเช่าอาคารต่อ visit สูงกว่างานวิจัยที่ผ่านมา (28.98 กับ 8.1 บาท) เนื่องจากร้านมีทำเลที่ตั้งใจกลางเมือง การประชาสัมพันธ์แก่ลูกค้าทุกรายที่มาซื้อยาจึงมีความสำคัญและเป็นกลยุทธ์หลักในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ CI โดยพบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีการบริการนี้ แต่เคยได้ยินบ้างในสื่อต่างๆ เมื่อทราบว่าสิทธิของตนใช้บริการเจ็บป่วยเล็กน้อยได้ทุกรายจะยินดีเข้าร่วมโครงการ ยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่ได้นำบัตรประชาชนหรือสำเนาสูติบัตรมา ยังเป็นช่องว่างของการบริการนี้

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับโครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ของ ศิริพรและคณะ¹³ ศึกษาต้นทุนและผลได้ของโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน เปรียบเทียบกับการรับยาที่โรงพยาบาล พบว่าโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน (Model1,2,3) มีความคุ้มค่า เป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล ร้านยา และผู้ป่วย กล่าวคือ เป็นการลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ลดความแออัดของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล ร้านยาได้เพิ่มศักยภาพของเภสัชกร ผู้ป่วยลดระยะเวลารอคอยรับยา แต่การ

วิเคราะห์ต้นทุนในการวิจัยนี้ต่ำกว่า การศึกษาของวรานันต์ และคณะ¹⁴ ที่ประเมินต้นทุนการถ่ายโอนบริการด้านยาจากโรงพยาบาลสู่ร้านยาชุมชน โดยต้นทุนส่วนเพิ่มของร้านยาอยู่ในช่วง 822-1,378 บาทต่อวัน หรือ 187.50-312.50 บาทต่อผู้ป่วย 1 คน/ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นต้นทุนที่เกิดจากค่าเสียโอกาสหรือเวลาในการให้บริการลูกค้าปกติของร้าน ค่าแถบวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว ค่าบริการให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์ aramunee K และคณะ¹⁵ ศึกษาร้านขายยาชุมชน เภสัชกรชุมชนทำหน้าที่หลายอย่าง รวมถึงการสัมภาษณ์และประเมินผู้ป่วย การเลือกการรักษาและการจ่ายยาที่เหมาะสม ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของการรักษาอยู่ระหว่าง 54.16 บาท สำหรับอาการปวด ถึง 82.71 บาท สำหรับโรคผิวหนัง สองในสามของการไปร้านขายยา (77.9%, 539/692) รายงานว่าหายดีแล้ว เปรียบเทียบกับการจัดการความเจ็บป่วยทั่วไปใน PCU ดำเนินการโดยผู้ช่วยพยาบาล พยาบาล แพทย์ และเภสัชกร ค่ารักษาต่อหน่วยอยู่ระหว่าง 85.39 บาท สำหรับตา/หู ไปจนถึง 245.93 บาทเพื่อสุขภาพทางเพศ การจัดการความเจ็บป่วยทั่วไปที่ร้านขายยาในชุมชนแสดงให้เห็นประสิทธิภาพที่น่าพอใจด้วยต้นทุนต่อหน่วยที่ต่ำกว่า

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การที่เภสัชกรเข้าร่วมบริการ CI กับสถานเภสัชกรรมและสปสข. ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายการรักษาในการป้องกัน ควบคุม ปลอดภัย ประหยัด คุ่มค่า ได้มาตรฐาน เป็นธรรม ประชาชนเชื่อมั่นภาครัฐ ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ควรเข้าสู่การประเมินเป็นร้านยาคุณภาพ และเข้าร่วมโครงการ CI กับสปสข. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพ เพิ่มบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมปฏุมภูมิในระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- 1.การใช้บริการสาธารณสุข [Internet]. Moph.go.th. [cited 2024 May 26]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

- 2.สปสช.เผยแพร่โครงการรับยาใกล้บ้าน ลดความแออัดในโรงพยาบาล [Internet]. Nhs.go.th. 25 สิงหาคม 2563 [cited 2024 Apr 26]. Available from: <https://www.nhs.go.th/news/2865>
- 3.เปิดนโยบายสาธารณสุข (ปี 2567-2568) 5+5 เร่งรัดพัฒนาสานต่อ [Internet]. Hfocus.org. [cited 2024 May 28]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/05/30622>
- 4.คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดที่ดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว [Internet]. Hfocus.org. 17 มิถุนายน 2567 [cited 2024 Jun 17]. Available from: https://www.hfocus.org/sites/default/files/files_upload/31448.pdf
- 5.เลิศสินอุดม ส, Lertsinudom S, ดิลกธรรสกุล ป, Dilokthornsakul P, อำนวยพรเลิศ อ, Umnuaypornlert A, et al. การประเมินผลการให้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [Internet]. 2567 Jan [cited 2024 Jun 3]; Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6056>
- 6.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข (ระบบค้นหาข้อมูลสถานที่ด้านยา) [Internet]. Moph.go.th. [cited 2024 May 26]. Available from: https://pertento.fda.moph.go.th/FDA_SEARCH_DRUG/SEARCH_DRUG/FRM_SEARCH_LOCATION_DRUG_OPERATOR.aspx
- 7.ค้นหาร้านยาคุณภาพ สำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ สมาเภสัชกรรม [Internet]. Acc-pharm.com. [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.acc-pharm.com/Pharmacy>
- 8.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายชื่อหน่วยบริการเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. Nhs.go.th. [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.nhs.go.th/page/drug-store-list>
- 9.บัวบาง ร. สมาเภสัชกรรมประเมิน '30 บาทรักษาทุกที่ที่ร้านยา' ตั้งเป้าขยายให้ได้ 5,000 แห่งในปี 68 [Internet]. สมาเภสัชกรรมประเมิน '30 บาทรักษาทุกที่ที่ร้านยา' ตั้งเป้าขยายให้ได้ 5,000 แห่งในปี 68 | TheCoverage.info. [cited 2024 Jun 18]. Available from: https://www.thecoverage.info/news/content/69167fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR2xu1gwBlqt1SckZwHe9L_mTp_nbzFrsPRbLLk03P_V0JfL5YYUgiZ5xwk_aem_2tIYOCbttVjGTJCSPhwzw
- 10.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ร้านยาดูแลเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการ [Internet]. Nhs.go.th. [cited 2024 May 26]. Available from: https://www.nhs.go.th/page/List_of_retail_pharmacies
- 11.เลิศสินอุดม ส. แนวทางการจัดบริการสำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) ปีงบประมาณ 2567 [Internet]. Moph.go.th. [cited 2024 Jun 16]. Available from: <https://cloud-atg.moph.go.th/ins/sites/default/files/2.2%20%E0%B8%AA%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%A0%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A1%20Pharmacy%20%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B9%83%E0%B8%9A%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%A7%20061266%281%29.pdf>
- 12.Vaitayawongsakhun P, Jaipradisttham C. Strategy for The Analysis of Break Even Point and Profit Planning in Energy Saving Equipment Purchasing Investment. 2011.
- 13.Tao-in S, Kaewsaeenmuang S, Tohche A. Cost-Benefit Analysis of Drug-dispensing Services at Community Pharmacies Comparing Drug-dispensing Services at Burapha University Hospital [Internet]. Buu.ac.th. 25 มีนาคม 2564 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://opac1.lib.buu.ac.th/medias3/b00332017/59210206.pdf>
- 14.Udomwitid S, Sompornserm T, Thaweewachiraphat P, Changwatchai P, Tantiwat W. Transferring pharmacy service from hospital to community pharmacy: data from Bangkok and vicinity. Journal of Health Systems Research 2024;18(1):60-71

- 15.Saramunee K, Ploylearmsang C, Chaiyasong S, Phimarn W, Sookaneknun P. Unit cost of common illness management: a comparison between a primary care unit and a community pharmacy in Thailand. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2017;18(04):376–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/s1463423617000172>

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา
โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง

Development of Guidelines for Monitoring Drug Allergies and Adverse Drug Reactions at
Hadsamran Hospital Commemorating His Majesty
the King's 80th Birthday Anniversary, Trang Province.

(Received: June 23,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

ธีรวัฏ พาทล¹

Thirat Papol¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดตรัง เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลังโดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน ใช้ทั้งวิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณประกอบด้วยผู้ป่วย 140 คนที่มีประวัติการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยจำนวน 20 คน โดยใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และบันทึกการสังเกตวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นชื่อว่า "Drug Allergy Management and Monitoring System" (DAMMS MODEL) เป็นระบบการเฝ้าระวังและจัดการการแพ้ยาแบบครบวงจรที่ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจจับ การประเมิน การเฝ้าระวัง การจัดการและความปลอดภัย หลังการนำไปใช้ สัดส่วนของการตรวจพบผู้ป่วยแพ้ยาเพิ่มขึ้นจาก 18.56% เป็น 31.43% ขณะที่สัดส่วนของผู้ป่วยที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาลดลงจาก 81.44% เป็น 68.57% ระบบนี้ช่วยให้การบันทึกและรายงานข้อมูลมีความสมบูรณ์และป้องกันการเกิดอาการแพ้ซ้ำ

คำสำคัญ การแพ้ยา, อาการไม่พึงประสงค์จากยา, การเฝ้าระวังยา

Abstracts

This research aimed to develop a drug allergy and adverse drug reaction surveillance guideline at Hadsamran Hospital Commemorating His Majesty the King's 80th Birthday Anniversary, Trang Province. The study employed was survey research by retrospective design using a lesson-learned process, incorporating both quantitative and qualitative methods from January 1, 2024, to March 31, 2024. The quantitative sample consisted of 140 patients with a history of drug allergies and adverse drug reactions between October 1, 2022, and September 30, 2023. Qualitative data was collected from 20 medical personnel and patients using purposive sampling. Data collection tools included hospital medical records, questionnaires, semi-structured interviews, and observation notes. Data analysis utilized descriptive statistics and content analysis.

The research findings revealed that the developed guideline, named "Drug Allergy Management and Monitoring System" (DAMMS MODEL), was a comprehensive drug allergy surveillance and management system covering detection, assessment, monitoring, management, and safety. After implementation, the proportion of detected drug allergy cases increased from 18.56% to 31.43%, while the proportion of patients with adverse

¹ เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง

drug reactions decreased from 81.44% to 68.57%. This system improved data recording and reporting completeness and prevented recurrent allergic reactions.

Keywords: Drug allergy, Adverse drug reactions, Drug monitoring

บทนำ

ยาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการรักษาและบำบัดโรคหรืออาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ของมนุษย์ การใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรืออาการเจ็บป่วย ป้องกันการเกิดโรค รวมถึงควบคุมและบรรเทาอาการของโรคได้เป็นอย่างดี แม้ว่ายาจะมีประโยชน์มากมาย อาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นเสียชีวิต1 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในประเทศไทยส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยพบว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์อยู่ที่ 7,000-12,000 บาท ซึ่งสูงกว่าค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ถึง 2-3 เท่า ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนี้มาจากการต้องใช้ยาเพิ่มเติม การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการต้องใช้ทรัพยากรทางการแพทย์มากขึ้น2 นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากการศึกษาพบว่า อาการไม่พึงประสงค์เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้สถานพยาบาลถูกฟ้องร้องถึงร้อยละ 30-40 ของกรณีที่ถูกฟ้องร้องทั้งหมด3-4 ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านชื่อเสียงและความเสียหายทางการเงินแก่สถานพยาบาลเหล่านั้น การใช้ยาอย่างระมัดระวังและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาและลดความเสี่ยงจากอาการไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกรอย่างเคร่งครัด รวมถึงมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ เพื่อให้สามารถติดตามผลการใช้ยาและรายงานอาการไม่พึงประสงค์ได้ทันเวลา

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ผลข้างเคียงจากยา และการ

แพ้ยา5 ผลข้างเคียงจากยาเป็นผลจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาซึ่งสามารถคาดการณ์การเกิดได้ โดยส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เป็นต้น ส่วนการแพ้ยาเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่สามารถคาดการณ์การเกิดได้ มักเกิดอาการที่รุนแรงและจำเป็นต้องหยุดการใช้ยา เช่น ลมพิษ บวม และหอบเหนื่อย เป็นต้น จากจากรายงานงานวิจัยต่างประเทศในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราความชุกของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตั้งแต่ร้อยละ 7.2 ถึง 17.86-7 สำหรับประเทศไทย พบร้อยละ 12.5 ถึง 16.2 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของงานวิจัยต่างประเทศ และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ในประเทศไทยที่ต้องให้ความสำคัญและแก้ไข8

รายงานการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภหาดสำราญ จังหวัดตรัง จากการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 ผู้ป่วยรับการซักประวัติและประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา จำนวน 97 ราย พบการแพ้ยา 18 ราย และผลข้างเคียงจากยา 79 ราย ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการแก่ผู้ป่วยเพื่อให้โรงพยาบาลมีมาตรฐานในการให้บริการและได้รับการรับรองคุณภาพ ซึ่งประเด็นการป้องกันการแพ้ยาซ้ำและเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเป็นหนึ่งในบทบาทสำคัญของเภสัชกรและบุคลากรด้านสาธารณสุข แต่ที่ผ่านมาระบบเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาของโรงพยาบาล ยังไม่สามารถดึงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เข้ามาร่วมทำงานได้ ไม่มีเภสัช

การรับผิดชอบหลัก การประเมินการแพทย์ยังไม่เป็นระบบ กรณีผู้ป่วยแจ้งประวัติแพ้ยาตามคำบอกเล่ายังไม่มีการประเมินซ้ำ การบันทึกและรายงานข้อมูลผลข้างเคียงจากยาและการแพ้ยาไม่สมบูรณ์ และไม่มี การเชื่อมต่อข้อมูลการแพ้ยาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จึงดำเนินการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อป้องกันไม่ให้อาการแพ้ยาซ้ำและสามารถให้การรักษาทันท่วงที รวมทั้งสามารถป้องกันและจัดการกับปัญหาอาการแพ้ยาได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาในโรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาในโรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน เกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดำเนินการศึกษาระหว่าง 1 มกราคม 2567 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ คือผู้ป่วยจำนวน 140 คนที่มีประวัติการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งได้รับการบันทึกใน

ฐานข้อมูลโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในช่วงปี พ.ศ. 2565-2566 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนในฐานข้อมูลโรงพยาบาล ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา แต่ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ หรือมีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถวิเคราะห์ได้อย่างสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และความคิดเห็นเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการแพ้ยา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล (Electronic Medical Records - EMR) ใช้ในการดึงข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับประวัติการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการมีโรคประจำตัว ชื่อยาที่แพ้ อาการแพ้ยา กลุ่มยาที่เกิดอาการ ชื่อยา ผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น
2. แบบสอบถาม (Questionnaire) ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพิ่มเติมจากผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาแบบสอบถามจะประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับประวัติการใช้ยา, ประวัติการแพ้ยา, ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ, และความพึงพอใจในการรักษา
3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย แบบ

สัมภาษณ์จะประกอบด้วยคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก การประเมินการแพ้ยา การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ กระบวนการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยา ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ และการติดตามผล

4. บันทึกการสังเกต (Observation Notes) ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตกระบวนการเฝ้าระวังการแพ้ยาในโรงพยาบาล บันทึกการสังเกตจะรวมถึงการสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล) ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ปรับปรุงตามคำแนะนำและทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ได้ค่า S-CVI 0.93

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. รวบรวมงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา 2. รวบรวมข้อมูลประวัติการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ ในช่วงก่อนการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่รวบรวมเก็บข้อมูลในรูปแบบดิจิทัล เช่น ไฟล์ Excel

3. ศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยพิจารณาจากผลการเชื่อมโยงระบบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการเชื่อมโยงระบบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ ข้อมูลผู้ป่วยที่พบการแจ้งเตือนการแพ้ยาซ้ำและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาที่อาจมีความรุนแรง

4. จัดประชุมและถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยจัดการสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยา ใช้คำถามเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น บันทึกข้อมูลโดยผู้บันทึกหรือใช้การบันทึกเสียง

5. รวบรวมข้อมูลประวัติการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ ในช่วงหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 โดยใช้วิธีการเดียวกับข้อ 2

6. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตามที่ออกแบบไว้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

7. ตรวจสอบความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล โดยผู้วิจัย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล เช่น อัตราการแพ้ยา และอาการไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่พบการแพ้ยาระหว่างปีงบประมาณ 2565 และ 2566

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นที่สำคัญจากการสัมภาษณ์และข้อเสนอแนะ ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการ

สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2566/325 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา

1. การคัดกรองและซักประวัติ

ในขั้นตอนการคัดกรองและซักประวัติ บุคลากรทางการแพทย์จะสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการแพ้ยา อาการไม่พึงประสงค์ และการใช้ยาในปัจจุบันและอดีต โดยพยาบาล ทันตแพทย์ หรือ แพทย์แผนไทยจะเริ่มซักประวัติการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ ขณะที่เภสัชกรจะสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาปัจจุบันและในอดีต รวมถึงประวัติการแพ้ยาเพิ่มเติม นอกจากนี้ เภสัชกรและแพทย์จะใช้ระบบ Hosxp เพื่อสืบค้นและบันทึกข้อมูลประวัติการรับยา การแพ้ยา และอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ในการประเมินความเสี่ยง วางแผนการรักษา และแจ้งเตือนในการส่งจ่ายยาในอนาคต

2. การประเมินอาการ ในขั้นตอนการประเมินอาการ แพทย์และเภสัชกรร่วมกันใช้แบบประเมิน Naranjo's algorithm¹⁹ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างยาและอาการไม่พึงประสงค์ โดยตอบคำถาม 10 ข้อและให้คะแนนตั้งแต่ -1 ถึง +2 สำหรับแต่ละข้อ จากนั้นนำคะแนนรวมมาประเมินระดับความสัมพันธ์เป็น 4 ระดับ ได้แก่ Definite, Probable, Possible และ Doubtful ADR ผลการประเมินจะถูกบันทึกในระบบ Hosxp พร้อมรายละเอียดของยา อาการไม่พึงประสงค์ และข้อสรุปเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างยาและอาการที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

3. การบันทึกข้อมูลและการออกบัตรแพ้ยา เภสัชกรจะบันทึกข้อมูลการแพ้ยาที่ผ่านการประเมินแล้วในฐานข้อมูลแพ้ยาของโรงพยาบาล โดยข้อมูลที่

บันทึกประกอบด้วยชื่อผู้ป่วย รายละเอียดของยา (ชื่อ ขนาด วิธีใช้) อาการแพ้ยาที่เกิดขึ้น วันและเวลาที่เกิดอาการ และผลการประเมินจาก Naranjo's algorithm ทั้งหมดนี้จะถูกเก็บในระบบ Hosxp ซึ่งเป็นระบบจัดการข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้เพื่อใช้ในการรักษาและป้องกันการแพ้ซ้ำในอนาคต เมื่อมีการส่งจ่ายยาในระบบ Hosxp ระบบจะตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยและแสดง pop-up เตือนแก่แพทย์และเภสัชกรหากพบความเสี่ยง โดย pop-up จะแสดงข้อมูลสำคัญเช่น ชื่อผู้ป่วย รายละเอียดยาและอาการแพ้ที่เคยเกิดขึ้น รวมถึงคำแนะนำในการหลีกเลี่ยงการใช้ยานั้น ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์จะต้องพิจารณาข้อมูลดังกล่าวเพื่อหาทางเลือกที่ปลอดภัยหรือประเมินความเสี่ยงเพิ่มเติมหากจำเป็นต้องใช้ยานั้น ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาจะได้รับบัตรแพ้ยาที่ระบุข้อมูลยาที่แพ้และอาการที่เกิดขึ้น ช่วยให้สามารถแจ้งความเสี่ยงแก่บุคลากรทางการแพทย์ได้ในอนาคต โดยการบันทึกข้อมูลการแพ้ยาและใช้ระบบแจ้งเตือนผ่าน pop-up ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา ป้องกันการเกิดอาการแพ้ซ้ำ และทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น

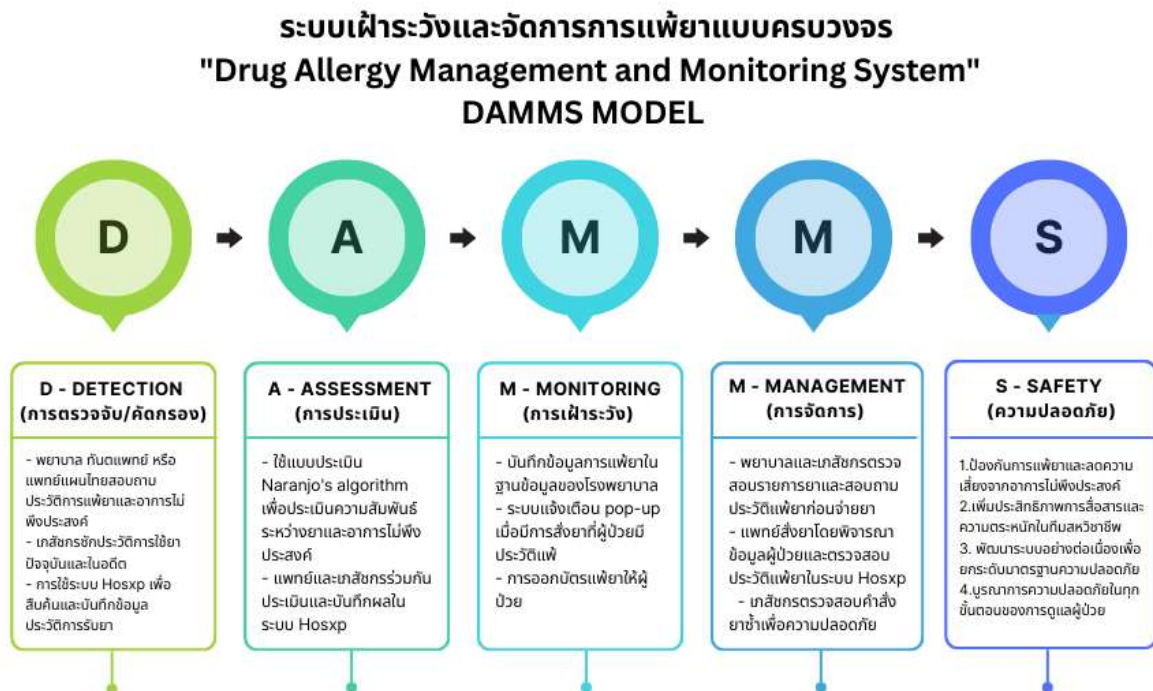
4. การบริหารยาและการจ่ายยา

บุคลากรทางการแพทย์ตรวจสอบรายการยาและประวัติแพ้ยาในระบบ Hosxp ก่อนสั่งและจ่ายยาทุกครั้ง พร้อมสอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติม แพทย์สั่งยาโดยพิจารณาจากข้อมูลผู้ป่วยและคำแนะนำในระบบ เภสัชกรตรวจทานคำสั่งยาอีกครั้งก่อนจ่าย ทุกขั้นตอนมีการบันทึกข้อมูลในระบบเพื่อความถูกต้องและเป็นปัจจุบัน กระบวนการนี้ช่วยเพิ่มความปลอดภัย ลดความเสี่ยงการแพ้ยา และเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

5. ระบบในการรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย

ระบบความปลอดภัย มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยป้องกันการแพ้ยาซ้ำและลดความเสี่ยงจากอาการไม่พึงประสงค์ผ่านระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติและการเพิ่มความแม่นยำในการสั่งยา ส่งเสริมการสื่อสารและความตระหนักในทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการตรวจสอบประวัติแพ้ยา พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลและออกบัตรแพ้ยา นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องโดยวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุงนโยบายและยกระดับมาตรฐานการดูแล ตลอดจนบูรณาการความปลอดภัยในทุกขั้นตอนตั้งแต่การคัดกรองไปจนถึงการจ่ายยา เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในทุกกระบวนการรักษา

ผลการวิจัยนี้นำไปสู่การพัฒนารูปแบบ "Drug Allergy Management and Monitoring System" (DAMMS MODEL) ซึ่งเป็นระบบเฝ้าระวังและจัดการการแพ้ยาแบบครบวงจรที่ครอบคลุมการทำงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์หลายฝ่าย ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน การบันทึกข้อมูล ไปจนถึงการจ่ายยา ระบบนี้มุ่งเน้นการสร้างความปลอดภัยสูงสุดให้แก่ผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการรักษา ลดความเสี่ยงจากการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาและปรับปรุงนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังภาพ



ภาพ Drug Allergy Management and Monitoring System" (DAMMS MODEL)

ผลการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา พบว่า ในช่วงก่อนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 มีผู้ป่วยที่ได้รับการซัก

ประวัติและประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา จำนวน 97 ราย โดยพบผู้ป่วยที่แพ้ยา 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.56 และพบผลข้างเคียงจากยา 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.44

ภายหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการชักประวัติและประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา จำนวน 140 ราย โดยพบผู้ป่วยที่แพ้ยา 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.43 ซึ่งจำแนกเป็นผู้ป่วยที่พบการแพ้ยาในสถานพยาบาลแห่งนี้ 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.14 และผู้ป่วยที่แจ้งประวัติแพ้ยาจากสถานพยาบาลอื่น 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.29 นอกจากนี้ยังพบผลข้างเคียงจากยา 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.57

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่พบการแพ้ยาระหว่างปีงบประมาณ 2565 และ 2566 พบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.56 เป็นร้อยละ 31.43 ในปี 2566 สามารถแยกสัดส่วนผู้ป่วยแพ้ยาได้เป็น พบในสถานพยาบาลนี้ร้อยละ 22.14 และแจ้งประวัติจากแห่งอื่นร้อยละ 9.29 สัดส่วนของผู้ป่วยที่พบผลข้างเคียงจากยาลดลงจากร้อยละ 81.44 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 68.57 ในปี 2566 แสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ มีการตรวจพบผู้ป่วยแพ้ยาได้มากขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยที่พบการแพ้ยาได้มีการบันทึกประวัติในระบบ Hosxp ส่วนผู้ป่วยที่พบผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง จะมีการบันทึกในระบบ Hosxp และขึ้น Pop-up เตือนบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนการสั่งยาหรือจ่ายยา ส่งผลให้เภสัชกรสามารถแจ้งข้อมูลแก่แพทย์เพื่อหยุดสั่งยาหรือเปลี่ยนยาได้ ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการแพ้ยาซ้ำหรือเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงจากยาซ้ำได้ จำนวน 5 ราย

เมื่อจำแนกรายละเอียดผลข้างเคียงจากยา ภายหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา พบว่า ผลข้างเคียงจากยาที่พบมากที่สุดคือ คลื่นไส้ อาเจียน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 รองลงมาคือ บวม (เท้าบวม ตัวบวม) 26 คน คิดเป็นร้อยละ 27.08 ผลข้างเคียงอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ ไอ (ร้อยละ 15.63), ปวดศีรษะ/มีน

ศีรษะ (ร้อยละ 8.33), ใจสั่น/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 5.21) เป็นต้น มีผลข้างเคียงบางอย่างที่พบในผู้ป่วยเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.04 เช่น ท้องผูก, ปัสสาวะบ่อยกลางคืน, แสบร้อนผิวหนัง, เฟลีย, ตัวแข็ง มือแข็ง, คันตามตัว

เมื่อจำแนกตามยาที่ทำให้เกิดผลข้างเคียง พบว่า ยาที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงกับผู้ป่วย 26 รายการ ยาที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงมากที่สุดคือ Amlodipine โดยมีผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 19.79 รองลงมาคือ Metformin และ Enalapril ซึ่งมีผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงเท่ากันที่ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 15.63 ส่วนใหญ่เป็นยาสำหรับรักษาโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น มียาบางรายการที่มีผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.04

รายการยาที่ทำให้เกิดอาการแพ้ในผู้ป่วย แบ่งออกเป็นกลุ่มของยา ได้แก่ 1. อาการแพ้ยาในกลุ่มยาแก้ปวดและแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือ กลุ่ม NSAIDs (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) โดยแบ่งออกเป็นรายการยา 3 ชนิด ได้แก่ Ibuprofen เป็นยาที่พบอาการแพ้มากที่สุดในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยเกิดอาการแพ้จำนวนรวม 9 ราย แบ่งเป็นอาการ MP rash หรือรอยไหม้ที่ผิวหนัง จำนวน 5 ราย อาการ Urticaria หรือผื่นคัน จำนวน 4 ราย จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า ยา Ibuprofen นั้นมีความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้สูงกว่าชนิดอื่นๆ ในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอาการ MP rash และ Urticaria ซึ่งเป็นอาการแพ้ทางผิวหนัง ในขณะที่ยา Diclofenac และ Naproxen พบอาการแพ้น้อยกว่าและเป็นเพียงอาการ MP rash เท่านั้น

2. อาการแพ้ยาในกลุ่ม Penicillin ที่พบอาการแพ้ในผู้ป่วย ได้แก่ Penicillin, Amoxicillin/Amoxi-clav และ Dicloxacillin โดยมีผู้ป่วยเกิดอาการแพ้รวมทั้งหมด 3 ราย อาการแพ้ที่

พบในกลุ่มยานี้คือ Urticaria หรือผื่นคัน และ MP rash หรือรอยไหม้ที่ผิวหนัง

3. กลุ่ม Fluoroquinolone เช่น Norfloxacin, Ciprofloxacin พบว่ายาในกลุ่ม Fluoroquinolone ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้มี 2 ชนิด คือ Norfloxacin และ Ciprofloxacin โดยแต่ละชนิดมีผู้ป่วยเกิดอาการแพ้จำนวน 1 รายเท่ากัน อาการแพ้ที่พบจากยา Norfloxacin คือ Urticaria หรือผื่นคัน ขณะที่อาการแพ้ที่พบจากยา Ciprofloxacin คือ MP rash หรือรอยไหม้ที่ผิวหนัง

4. และยาอื่นๆ เช่น Erythromycin, Metronidazole, Rifampicin เป็นต้น อาการแพ้ที่พบมากที่สุดคือ MP rash หรือรอยไหม้ที่ผิวหนัง รองลงมาคือ Angioedema/Edema หรืออาการบวม และ Urticaria หรือผื่นคัน สำหรับยาที่พบว่าทำให้เกิดอาการแพ้มากที่สุด ได้แก่ ยาแก้ปวดที่ไม่สามารถระบุชื่อได้ ซึ่งมีผู้ป่วยเกิด MP rash ถึง 3 ราย รองลงมาคือ Rifampicin, PVRV และ Trihexyphenidyl ที่มีผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ 2 รายเท่ากัน นอกจากนี้ ยังพบอาการแพ้จากยาสมุนไพรอย่างฟ้าทะลายโจร และยาแก้ไอน้ำคั่วด้วย แสดงให้เห็นว่าไม่เพียงแต่ยาสังเคราะห์เท่านั้นที่อาจทำให้เกิดอาการแพ้

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบ "Drug Allergy Management and Monitoring System" (DAMMS MODEL) ซึ่งเป็นระบบเฝ้าระวังและจัดการการแพ้ยาแบบครบวงจรที่ครอบคลุมการทำงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์หลายฝ่าย ซึ่งประกอบด้วย D - Detection (การตรวจจับ/คัดกรอง) A - Assessment (การประเมิน) M - Monitoring (การเฝ้าระวัง/การบันทึกข้อมูล) M - Management (การจัดการ/การจ่ายยา) S - Safety (ความปลอดภัย) ระบบนี้มุ่งเน้นการสร้างความปลอดภัย

ปลอดภัยสูงสุดให้แก่ผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการรักษา ลดความเสี่ยงจากการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาและปรับปรุงนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง DAMMS MODEL มีลักษณะคล้ายคลึงกับแนวคิดของนักวิจัยหลายคนในแง่ของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ 10-11 อย่างไรก็ตาม DAMMS MODEL อาจมีความเฉพาะเจาะจงและครอบคลุมมากกว่าในบริบทของการจัดการการแพ้ยาโดยเฉพาะ

หลังจากนำ DAMMS MODEL มาใช้ พบการเปลี่ยนแปลงในอัตราการตรวจพบผู้ป่วยแพ้ยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาอย่างมีนัยสำคัญ โดยก่อนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (1 ต.ค. 2564 - 30 ก.ย. 2565) พบผู้ป่วยที่แพ้ยาร้อยละ 18.56 และพบผลข้างเคียงจากยาร้อยละ 81.44 ส่วนหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (1 ต.ค. 2565 - 30 ก.ย. 2566) สัดส่วนผู้ป่วยที่แพ้ยาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.43 (แพ้ยาในสถานพยาบาลนี้ร้อยละ 22.14 และแจ้งประวัติแพ้ยาจากสถานพยาบาลอื่นร้อยละ 9.29) ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่พบผลข้างเคียงจากยาลดลงจากร้อยละ 81.44 เป็น 68.57 การเพิ่มขึ้นของอัตราการตรวจพบผู้ป่วยแพ้ยาหลังพัฒนาแนวทางปฏิบัติแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบันทึกประวัติแพ้ยาในระบบ Hosxp และระบบแจ้งเตือนก่อนสั่งหรือจ่ายยาซึ่งช่วยป้องกันการแพ้ยาซ้ำและลดอุบัติการณ์ของผลข้างเคียงรุนแรงได้ 5 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น พบว่างานวิจัยของธัญชา สองเมือง และอนัญญา สองเมือง¹² ได้พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกแจ้งเตือนการแพ้ยา ส่งผลให้การแจ้งเตือนแพทย์เกี่ยวกับประวัติแพ้ยาผู้ป่วยครบถ้วน 100% (เพิ่มจากเดิม 22.2%) และ

อุบัติการณ์การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ลดลงจากร้อยละ 0.81 เหลือ 0.02 ($p < 0.001$) ส่วนงานวิจัยของชนิดินันท์ สุธาประดิษฐ์ และอิศราวรรณ สกุลรักษ์¹³ ที่ศึกษาการใช้ระบบแจ้งเตือนการแพ้ยาในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว พบว่าอุบัติการณ์การสั่งจ่ายยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ซ้ำลดลงร้อยละ 35 และระบบสามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยและโปรแกรมเวชระเบียนเพื่อเพิ่มความแม่นยำได้ การนำ DAMMS MODEL และระบบแจ้งเตือนมาใช้ มีผลต่อการเพิ่มอัตราการตรวจพบผู้ป่วยแพ้ยาและลดอุบัติการณ์อาการแพ้ซ้ำ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยระดับประเทศและต่างประเทศที่สนับสนุนว่าระบบสารสนเทศและการแจ้งเตือนในโรงพยาบาลสามารถช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดข้อผิดพลาดในการสั่งจ่ายยา และลดอุบัติการณ์ของอาการแพ้ซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาการข้างเคียงที่พบบ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน บวม ไอ ปวดศีรษะ ใจสั่น ร้อยละ 31.25 เป็นผลข้างเคียงทั่วไปของยาหลายกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rodríguez-Monguió et al.¹⁴ ที่พบว่าเป็นอาการข้างเคียงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังจากการใช้ยาหลายชนิด ทั้งนี้เนื่องจากยามีกลไกการออกฤทธิ์และการขจัดออกจากร่างกายแตกต่างกัน เช่น ยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบทางเดินอาหาร เช่น ยาระงับปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาต้านการอักเสบ เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Lipworth¹⁵ ที่อธิบายว่าอาการข้างเคียงของยาเกิดจากปฏิกิริยาของยากับเซลล์และระบบต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งขึ้นกับกลไกการออกฤทธิ์และกระบวนการขจัดยาออกจากร่างกายนั้น ๆ

ยาที่พบว่าทำให้เกิดอาการข้างเคียงมาก เช่น Amlodipine, Metformin, Enalapril สอดคล้องกับการศึกษาของ Kongkaew et al.⁶ ที่พบว่ายาในกลุ่มนี้มีแนวโน้มทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจาก Amlodipine, Metformin,

Enalapril เป็นยารักษาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องใช้เป็นระยะเวลานาน จึงมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงได้มากกว่ายาที่ใช้ระยะสั้น นอกจากนี้ โรคเรื้อรังอาจส่งผลให้การทำงานของอวัยวะลดลง ทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Shrestha et al.¹⁶ ซึ่งพบว่า ยาลดความดันโลหิต เช่น Amlodipine และ Enalapril มีแนวโน้มก่อให้เกิดอาการ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ บวม และใจสั่น มากกว่ายาในกลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้ ความแตกต่างของกลไกการออกฤทธิ์ของยา รวมถึงวิธีการขจัดออกจากร่างกาย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่แตกต่างกัน

สำหรับอาการแพ้ยา โดยเฉพาะอาการแพ้ผิวหนัง พบมากในกลุ่มยา NSAIDs เช่น Ibuprofen สอดคล้องกับการศึกษาของ Quiralte et al.⁸ ที่พบความชุกของอาการแพ้ผิวหนังจาก NSAIDs อยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 0.3-0.9 เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีโครงสร้างทางเคมีคล้ายกัน ทำให้มีโอกาสก่อให้เกิดปฏิกิริยาการแพ้ข้ามกลุ่มได้ นอกจากนี้ การใช้ NSAIDs เป็นเวลานานอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการแพ้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Doña et al.¹⁷ ที่พบว่ายา NSAIDs หลายชนิดมีโครงสร้างโมเลกุลและหมู่ฟังก์ชันหลักคล้ายกัน ทำให้มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาข้ามกลุ่มในผู้ป่วยที่แพ้ NSAIDs ชนิดใดชนิดหนึ่งได้

สำหรับยาสมุนไพร เช่น ฟ้าทะลายโจร พบว่ามีผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ ซึ่งอาจเกิดจากสารก่อภูมิแพ้ที่มีอยู่ในพืชสมุนไพรบางชนิด นอกจากนี้ การปนเปื้อนจากสิ่งแปลกปลอม หรือกระบวนการผลิตที่ไม่ได้มาตรฐาน อาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการแพ้และอาการไม่พึงประสงค์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pokladnikova et al.¹⁸ ซึ่งพบว่ายาสมุนไพรที่ใช้ทางปากอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการแพ้เฉียบพลัน เช่น ผื่นลมพิษ อาการบวมในช่องปาก และปฏิกิริยาแอนาฟิแล็กซิส

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อระบบ DAMMS MODEL เนื่องจากช่วยให้การทำงานเป็นระบบและมีความปลอดภัยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Benjamin¹⁰ ที่พบว่าการมีระบบการจัดการที่เป็นระบบช่วยลดความผิดพลาดทางยาได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ (Pop-up alert) ช่วยป้องกันการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sung et al.¹¹ ที่พบว่าระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติช่วยลดอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำได้ถึงร้อยละ 85

การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานใน DAMMS MODEL ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fischer et al.³ ที่พบว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shehab et al.¹⁹ ที่พบว่าการขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลเป็นอุปสรรคสำคัญในการป้องกันการแพ้ยา

ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในระบบมากขึ้น โดยเฉพาะการมีบัตรแพ้ยาและการตรวจสอบประวัติอย่างละเอียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al.⁷ ที่พบว่าบัตรแพ้ยาสามารถช่วยลดความผิดพลาดทางยาและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในด้าน ความเสถียรของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งเป็น

อุปสรรคสำคัญต่อ การพัฒนาระบบการจัดการการแพ้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakunrag, Itsarawan¹² และ ธัญญา สองเมือง และ อนุญา สองเมือง¹³ ที่พบว่า ความไม่สมบูรณ์ของระบบแจ้งเตือนและฐานข้อมูลการแพ้ยา อาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา และเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมี แผนสำรองและการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความแม่นยำและเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการพัฒนาทักษะและความชำนาญในการประเมินการแพ้ยาแก่เภสัชกรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผลการประเมินแพ้ยามีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ การบันทึกข้อมูลการไม่พึงประสงค์จากยาควรมีความถูกต้องและครบถ้วน และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญต่อข้อมูลผลข้างเคียงจากยา เพื่อไม่ให้เกิดการสั่งจ่ายยาที่พบผลข้างเคียงจากยาที่มีความรุนแรงซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ข้อมูลการใช้ยาร่วมกันและระยะเวลาการใช้ยา การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการศึกษาความคุ้มค่าของระบบแจ้งเตือนการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อประเมินต้นทุนและประสิทธิภาพของระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ndp.fda.moph.go.th/ndi/policy-ndi-detail-1>.

2. Davies EC, Green CF, Mottram DR, Pirmohamed M. Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes. *PloS one*. 2021;16(7):e0254707.
3. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation—a scoping review. *Healthcare*. 2021;6(3):1-25.
4. Hickson RP, et al. Medication use in older adults with and without a drug-related inpatient encounter. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49(8):1071-1076.
5. Kaufman G. Adverse drug reactions: a review of practical considerations. *British Journal of Nursing*. 2015;24(10):529-536.
6. Kongkaew C, Noyce PR, Ashcroft DM. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2008;42(7):1017-1025.
7. Lee F, Chan H, Wong H. Effectiveness of drug allergy card to prevent repeated prescribing of allergenic medications in a Malaysian public hospital. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2019; 28:760-1. <https://doi.org/10.1002/pds.4780>
8. Quiralte J, et al. Hipersensibilidad a antiinflamatorios no esteroideos. *Alergologia et Immunopathologia*. 2004;32(5):233-242.
9. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther*. 1981;30(2):239-45.
10. Benjamin D. Reducing Medication Errors and Increasing Patient Safety: Case Studies in Clinical Pharmacology. *The Journal of Clinical Pharmacology*. 2003;43. Available from: <https://doi.org/10.1177/0091270003254794>.
11. Sung T, Hung F, Chiu H. Implementation of an integrated drug information system for inpatients to reduce medication errors in the administrating stage. 2008 30th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. 2008:743-746. Available from: <https://doi.org/10.1109/IEMBS.2008.4649259>.
12. ชาญชา สอนเมือง, อนัญญา สอนเมือง. โปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกแจ้งเตือนรายการยาที่ผู้ป่วยมีประวัติอาการไม่พึงประสงค์ในงานบริการเภสัชกรรม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2564;30(4):734-42.
13. Sakunrag I. การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อแจ้งเตือนการแพ้ยา ร่วมกับการจัดการฐานข้อมูลการแพ้ยาของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร [อินเทอร์เน็ต]. ResearchGate; 2019 [เข้าถึงเมื่อวันที่ cite date]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.researchgate.net/publication/332554088>
14. Rodríguez-Monguió R, Otero MJ, Rovira J. Assessing the economic impact of adverse drug reactions. *Pharmacoeconomics*. 2003;21(9):623-50.
15. Lipworth BJ. Pharmacokinetics of inhaled drugs. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2011;71(3):379-399.
10. Rodríguez-Monguió R, et al. Assessing the economic impact of adverse drug reactions. *Pharmacoeconomics*. 2003;21(9):623-650.
16. Shrestha R, Khan G, Thapa P, Koju R. Study of the side effects profile of different antihypertensive drugs among the hypertensive patient. *Nepalese Heart J*. 2013;9:25-9. <https://doi.org/10.3126/NJH.V9I1.8344>
17. Doña I, Blanca-López N, Torres MJ, García-Campos J, García-Núñez I, Gómez F, et al. Drug hypersensitivity reactions: response patterns, drug involved, and temporal variations in a large series of patients. *J Invest Allergol Clin Immunol*. 2012;22(5):363-71.
18. Pokladnikova J, Meyboom R, Meincke R, Niedrig D, Russmann S. Allergy-like immediate reactions with herbal medicines: a retrospective study using data from Vigibase®. *Drug Saf*. 2016;39(5):455-64.
19. Shehab N, Lovegrove MC, Geller AI, Rose KO, Weidle NJ, Budnitz DS. US emergency department visits for outpatient adverse drug events, 2013-2014. *Jama*. 2019;322(20):2018-2028.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง

Development of a prevention model for diabetes and hypertension in a risk group under the health district reform Ang Thong Province.

(Received: June 24,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

สมยศ แสงหิ๊งโฮย¹ รัชนิย์ จิตรกระจำง²

SOMYOS SAENGHINGHOY¹ RACHANEE CHITKRACHANG²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทอง ระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 ถึงเดือน มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ทีมสุขภาพจำนวน 45 คน 2) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 150 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบ แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสุขภาพและกลุ่มเสี่ยง แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีแบบคู่

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การถ่ายทอดนโยบายสู่ชุมชน 2) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยระบบการให้บริการแบบ (Digital Healthcare) และให้คำแนะนำ 3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 4) ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (HL) ในเรื่องของ DM/HT ในกลุ่มเสี่ยงครอบครัว ชุมชน 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่าน Application line 6) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 7) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (3 หมอ) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ความเป็นไปได้ของรูปแบบอยู่ในระดับมาก (mean=24.52, S.D.=0.93) กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับมาก (mean=34.28, S.D.=0.36) ความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับมาก (mean=34.30 S.D.=0.28) ผลลัพธ์ทางคลินิก ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : รูปแบบ, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง, การปฏิรูปเขตสุขภาพ

Abstract

This research is a research study and development aimed at examining the current situation, developing a model, and assessing the effectiveness of a diabetes and hypertension prevention model for a risk group under the health district reform in Ang Thong Province from June 2023 to March 2024. The sample consisted of: 1) a health team of 45 people and 2) a risk group of 150 people for diabetes and hypertension. The research process was divided into four phases: Phase 1 - studying the current situation, Phase 2 - developing the model, Phase 3 - evaluating the model's effectiveness. The tools used in this research included a health literacy assessment form based on the 3E.2S principles, a feasibility questionnaire of the model, a satisfaction questionnaire for the health team and the risk group, and a clinical outcome data collection form. Data analysis was conducted using content analysis, descriptive statistics, and paired t-test statistics.

The research results revealed that the developed model comprised: 1) a health team of 45 people 2) Screening by Digital Healthcare 3) Comprehensive - Coordination of care 4) Promote HL 5) establishing advisory groups via the Line application 6) environment in conducive to good health 7) continuous follow-up care (3 doctors).

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

The evaluation of the model's effectiveness indicated a high level of feasibility (mean=24.52, S.D.=0.93). The risk group showed a statistically significant improvement in health literacy based on the 3E.2S principles ($p<0.05$). The health team's satisfaction with the model was at the high level (mean=4.28, S.D.=0.36), as was the satisfaction of the risk group (mean=4.30, S.D.=0.28). Clinical outcomes, including blood sugar and blood pressure levels before and after using the model, showed statistically significant differences ($p<0.05$), while the body mass index did not differ significantly ($p>0.05$).

Keywords: model, diabetes, hypertension, diabetes and hypertension risk group, health district reform

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) คือ กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือ ติดต่อกันตัวนำโรค (พาหะ)หรือสารคัดหลั่งต่างๆ หากแต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากรูปแบบการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่าง เหล้า บุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย อาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะค่อยๆ มีอาการและรุนแรงขึ้นทีละน้อยหากไม่ได้มีการรักษาควบคุม ซึ่งโรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคอ้วนลงพุง (Obesity) (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)¹

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวด คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2583 ซึ่งโรคเบาหวานที่ถูกดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา ข้อมูลผลสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคเบาหวานอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 6.9 ในปี 2560 เพิ่มเป็นร้อยละ 8.8 ในปี 2562 โดยผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ขณะที่ผู้ชายเป็น

โรคเบาหวานร้อยละ 7.8 และกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด² สำหรับโรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า เป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่ภาระโรคที่เพิ่มขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรค จึงผลักดันให้เกิดความร่วมมือบูรณาการกันระหว่างหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM,HT) เป้าหมาย คือ การลดปัจจัยเสี่ยงและลดโรควิถีชีวิตในประชาชน กลวิธีสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองประชาชน แล้วแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน โดย กลุ่มปกติ จะเน้นให้คำแนะนำสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่) และติดตามตรวจซ้ำปีละครั้ง กลุ่มเสี่ยง จะเน้นให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันไม่ให้ป่วยและติดตามตรวจเลือดและวัดความดันโลหิตเป็นระยะๆ

กลุ่มผู้ป่วยจะเน้นจัดระบบใน การดูแลปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ตรวจภาวะแทรกซ้อน และบริการ ดูแลรักษาเชื่อมโยงระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อนจะส่งพบแพทย์เฉพาะทางใน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์เพื่อดูแลรักษา ต่อไป และนอกจากนี้จะส่งเสริมศักยภาพชุมชนให้เป็น ชุมชนเข้มแข็งสามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง ได้ ซึ่งแผนงานนี้เชื่อว่าจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการ เกิดโรค ลดผู้ป่วยรายใหม่ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไปจนถึงลดการเสียชีวิตและการสูญเสียทางด้าน เศรษฐกิจลงได้³

จากการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อของจังหวัด อ่างทอง ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากเดิมเขต สุขภาพที่ 4 นำรูปแบบการดำเนินงานตามการดูแลโรค เรื้อรัง (Chronic care model : CCM) มาใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ยังพบว่าแนวโน้มสถานการณ์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาของจังหวัดและยังไม่ บรรลุตัวชี้วัดโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูง ผลจากการคัดกรองโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง ปี 2562-2564 พบว่าสัดส่วนของ กลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวานสูงขึ้น ร้อยละ 7.42 (8,060 คน) ร้อยละ 7.73 (8,639 คน) และร้อยละ 7.73 (8,442) ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 2.64 , 2.14 และ 2.58 ตามลำดับ สัดส่วนของกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 6.94 (7,981 คน) ร้อยละ 7.08 (8,449 คน) และร้อยละ 7.84 (9,576) ตามลำดับ และ พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อย ละ 3.75 , 4.33 และ 4.41 ตามลำดับ⁴ จากการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน ขาดทักษะในการอ่านออกเขียนได้พฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชน พบว่า ยังมีความชุกของการสูบบุหรี่ เป็นประจำร้อยละ 16.0 สัดส่วนของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 19.2 การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากในผู้สูงอายุถึง

ร้อยละ 31.3 พฤติกรรมการรับประทานพบว่ายังติด การรับประทานหวาน เค็ม รสจัด และร้อยละ 25.9 รับประทานยาแก้ปวดทุกวันจากปัญหาข้างต้นแสดง ให้เห็นว่าประชาชนยังมีความความรู้ไม่เพียงพอในการ จัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพและขาดการเข้าถึงข้อมูล โรคและสุขภาพโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เขตสุขภาพที่ 4 เป็นเขตนำร่องในการปฏิรูปเขตสุขภาพ โดย ขับเคลื่อนและดำเนินการตามกิจกรรมปฏิรูป ได้แก่ การจัดการภาวะฉุกเฉินและโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ การดูแลโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ ระบบ หลักประกันสุขภาพ และระบบบริหารจัดการแบบ บูรณาการ ซึ่งการดำเนินงานปฏิรูปสุขภาพด้านโรค เรื้อรัง มุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการประเมิน ตนเอง รู้สถานะตนเอง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยรู้วิธีการ จัดการตนเอง และมี HL ที่ถูกต้อง จัดการสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีระบบ เชื่อมต่อการปรึกษาและดูแลรักษาสม่ำเสมอผ่าน 3 หมอ ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุข มีหน้าที่ ความรับผิดชอบปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน โรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการรักษา คัดกรอง และ ตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นได้เล็งเห็นปัญหาของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มจะ พัฒนาเป็นกลุ่มป่วยมากขึ้น จึงสนใจที่จะพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโดยใช้การดำเนินงานตามการดูแล โรคเรื้อรัง ร่วมกับปฏิรูปสุขภาพด้านโรคเรื้อรังภายใต้ การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทองให้มีความ เป็นไปได้ในการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นการพัฒนา คุณภาพงานโรคไม่ติดต่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจังหวัด อ่างทอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การ ปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทอง

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 ถึงเดือน มีนาคม 2567 โดยมีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน (มิถุนายน 2566)

โดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตัวชี้วัดจากการดำเนินงานที่ผ่านมา การสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอ่างทองคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 4 คน ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน ตัวแทนเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 4 คน 2) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 4 คน รวม 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ได้แก่ 1) รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา การดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) ประกอบด้วย 1.1) มีทิศทางและนโยบาย 1.2) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ 1.3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 1.4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 1.5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 1.6) มีระบบสารสนเทศ 2) การปฏิรูปเขตสุขภาพ ประกอบด้วย 2.1) ประชาชนรับรู้สถานภาพตนเอง 2.2) ประชาชนมี HL ในเรื่องของ DM/HT 2.3) มีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2.4) กลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่อง 3) ความสำเร็จจากการดำเนินงาน 4) ปัญหาและอุปสรรค 5) ข้อเสนอแนะการพัฒนาที่ยั่งยืน

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยตนเองจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตัวชี้วัดจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นผู้สัมภาษณ์ และดำเนินการสนทนากลุ่มใช้เวลา 1 ครั้ง ระยะเวลา 1 ชั่วโมง และขอบันทึกเทป

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วนำมาวิเคราะห์แบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วจึงทดสอบความถูกต้องโดยให้สมาชิกที่ทำกำรสัมภาษณ์พิจารณาความถูกต้องหลังจากที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล (member checking)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง (กรกฎาคม 2566-กันยายน 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสุขภาพในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 14 คน ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน 2) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 คน 3) เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 8 คน

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และนำการศึกษาสถานการณ์จากระยะที่ 1 ร่วมกันวิเคราะห์และให้ความคิดเห็นร่วมกันถึงปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ตามกระบวนการหลัก NCD ได้แก่ 1. ทิศทางและนโยบาย 2) การปรับระบบและกระบวนการบริการ 3) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 6) มีระบบสารสนเทศ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง

ภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง ประกอบด้วย

1. การถ่ายทอดนโยบายสู่ชุมชน
2. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยระบบการให้บริการแบบ (Digital Healthcare) และให้คำแนะนำรับรู้สถานภาพตนเอง
3. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน
4. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (HL) ในเรื่องของ DM/HT ในกลุ่มเสี่ยงครอบครัว ชุมชน
5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่าน

Application line

6. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
7. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (3 หมอ)

ขั้นตอนที่ 3 หลังจากพัฒนารูปแบบแล้ว ผู้วิจัยนำรูปแบบทั้งหมด ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC=0.90

ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยคัดเลือกพื้นที่ในการดำเนินการศึกษาชั้นทดลองใช้ คือ ตำบลบ้านแห อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยคัดเลือกพื้นที่ในการดำเนินการศึกษาประสิทธิผล คือ 1) ตำบลชัยฤทธิ์ อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง 2) ตำบลท่าช้าง อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง 3) ตำบลเอกราช อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง เดือน ตุลาคม 2566-มีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอ่างทองคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1.1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 คน 1.2) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 คน 1.3) เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนตำบลละ 12 คน จำนวน 36 คน รวม 45 คน

2) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ได้แก่ 1) เพศหญิงและเพศชาย อายุ 35 ปีขึ้นไป 2)

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 mg/dl 3) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับ SBP=120-139 และ/หรือ DBP=80-89 มิลลิเมตรปรอท 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด กำหนดขนาดตัวอย่าง ตำบลละ 50 คน และสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลากรายชื่อ รวมทั้งสิ้น 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเตล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ได้แก่

คะแนนเฉลี่ย 20.33 -30.00 ความเป็นไปได้น้อย

คะแนนเฉลี่ย 10.67 – 20.32 ความเป็นไปได้อันกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 -10.66 ความเป็นไปได้น้อย
หาค่า IOC=0.84 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับทีมสุขภาพลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค = 0.79

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อการใช้รูปแบบผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเตล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ได้แก่

คะแนนเฉลี่ย 33.67 -50.00 ความพึงพอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย 17.34 -33.66 ความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 -17.33 ความพึงพอใจน้อย
หาค่า IOC = 0.80 และทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค = 0.81

3. แบบประเมินความรู้สุขภาพตามหลัก 3 อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง

ปี 2561 (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งประกอบ 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน (5 ข้อ)

ตอนที่ 2 : ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. (6 ข้อ)

ตอนที่ 3 : การเข้าถึงข้อมูลการสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ.2ส. (10 ข้อ)

ตอนที่ 4 : การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. (3 ข้อ)

ตอนที่ 5 : พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. (6 ข้อ)

นำไปทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค = 0.87

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงต่อรูปแบบผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 7 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 23.67 -35.00 ความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 12.34 -23.66 ความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 -12.33 ความพึงพอใจน้อย

หาค่า IOC = 0.81 และทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค = 0.87

5. แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับ BMI

การรวบรวมข้อมูล

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 1 วัน กับทีมสุขภาพ เพื่อชี้แจงวิธีการใช้รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง

2. ประเมินความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กับกลุ่มเสี่ยงจำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนใช้รูปแบบ และดำเนินกิจกรรมไปจนครบ 24 สัปดาห์ หลังใช้รูปแบบ

3. หลังสิ้นสุดการศึกษา ประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อการใช้รูปแบบและประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงต่อรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย

ผลวิจัยประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในระยะศึกษาสถานการณ์

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในระยะศึกษาสถานการณ์ ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอ่างทอง และประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 81.25) ช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 37.50) อายุต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 52 ปี จบการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 8 คน (ร้อยละ 50) อาชีพหลักรับราชการจำนวน 10 คน (ร้อยละ 62.50) ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข (ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 12.50) พยาบาลวิชาชีพ (ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 12.50) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน (ร้อยละ 25.00) เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 25.00) ประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 25.00)

1.2 ผลการสนทนากลุ่ม

1. รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา ตามกรอบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) พบว่า 1) ด้านทิศทางและนโยบาย โดยกำหนดมีการถ่ายทอดนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอทุกปี แต่มีบางพื้นที่มีความเข้าใจด้านการเบิกจ่ายจาก สปสช. ต่างกัน เช่น การตรวจเลือด 2) ด้านระบบสารสนเทศ ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนแปลงทุกปี

เนื่องจากการย้ายถิ่นฐาน การสื่อสารจาก รพ.สต. กับโรงพยาบาลชุมชน ใช้ใบนำทาง ส่วน อสม. จะบันทึกและส่งข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งยังมีความล่าช้า 3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ หลายพื้นที่ทำเช่นเดียวกัน โดยจะเริ่มจากการคัดกรองเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มป่วย กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มเสี่ยง และถ้าทราบความผิดปกติของผลเลือดจะให้คำแนะนำโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. มีเอกสารแจกให้กับประชาชน บางพื้นที่ใช้กระบวนการป้องกันเจ็บดี และโรงพยาบาลร่วมมือกับ รพ.สต. มีแพทย์มาตรวจให้สัปดาห์ละครั้งในรายที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเองในพื้นที่ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว แจกแผ่นพับ ให้ความรู้หลังจากการเจาะเลือด ประชาชนยังไม่ตระหนัก และเห็นความสำคัญ ยังไม่ค่อยให้ความร่วมมือ 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ส่วนใหญ่จะตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพราะเห็นตัวอย่างบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย เกิดความกลัว 6) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ยังพบปัญหาการสื่อสารระหว่าง โรงพยาบาลกับ รพ.สต. ในกลุ่มที่ย้ายสถานที่การรักษา ขาดนัด ทุกพื้นที่มีการติดตามโดย อสม. ถ้าขาดนัด

ตามกรอบการปฏิรูปเขตสุขภาพ 1) ประชาชนรับรู้สถานภาพตนเอง 2.2) ประชาชนมี HL ในเรื่องของ DM/HT 2.3) มีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2.4) กลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่อง

2. ความสำเร็จจากการดำเนินงาน พบว่า ทุกพื้นที่ที่มีความสำเร็จในด้านการคัดกรองผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสามารถแยกกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงได้อย่างชัดเจน แรกๆ เหมือนจะสำเร็จ แต่พอผ่านไปสักปี 2 ปี กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย เจ้าหน้าที่จึงต้องคิดหากระบวนการเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน บ่อยๆ เช่น แรงจูงใจ การเสริมรางวัลถ้าสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้

3. ปัญหาและอุปสรรค ที่สำคัญของทุกพื้นที่ คือ ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูล การให้ความรู้กับ

ประชาชน ส่วนใหญ่เป็น อสม. แต่ประชาชนส่วนหนึ่งไม่เชื่อถือ ขาดอัตรากำลังใจเจ้าหน้าที่ ขาดอุปกรณ์ อุปกรณ์ชำรุด วิธีชีวิตประชาชนส่วนใหญ่ที่ต้องอาศัยร้านค้าที่ประกอบอาหาร เพราะไม่มีเวลาประกอบอาหารเองได้

4. ข้อเสนอแนะการพัฒนาที่ยั่งยืน จากการวิเคราะห์และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ควรมีการถ่ายทอดนโยบาย วางแผนปฏิบัติการ การจัดสรรบุคลากร สถานที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ การวางแผนเครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมใช้งาน เพิ่มศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะ อสม. พัฒนาการสื่อสารผ่าน Application line จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น ร้านค้าในชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทอง

จากการประชุมระดมสมองที่พัฒนารูปแบบร่วมกันออกแบบแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทองรูปแบบประกอบด้วย

1. การถ่ายทอดนโยบายสู่ชุมชน โดย จัดประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง และคืนข้อมูลกลับให้กับชุมชนรับทราบ (อสม.) การจัดสรรบุคลากรโดย อสม. รับผิดชอบในพื้นที่ตนเองตามที่มอบหมาย จัดสถานที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ (CUP ร่วมกัน มีแพทย์ตรวจสัปดาห์ละ 1 วัน) วางแผนเครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมใช้งาน ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาล

2. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยระบบการให้บริการแบบ (Digital Healthcare) และให้คำแนะนำรับรู้สถานภาพตนเอง เพิ่มศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขโดย จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ภาคเครือข่ายสุขภาพชุมชน ในการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้าใช้ในการให้บริการ (Digital Healthcare) และการให้คำแนะนำแบบสั้น และการคัดกรอง

ประเมินสุขภาพด้วย Digital Healthcare Smart อสม.

3. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน โดยจัดกิจกรรมต่างๆเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชนที่ลดเสี่ยงโรค จัดทำฐานข้อมูลเชื่อมโยงกับ data center ของอำเภอ/จังหวัด เป็นปัจจุบันและมีการรายงานผลต่อผู้บริหารทุก 6 เดือน

4. ส่งเสริม HL ในเรื่องของ DM/HT ในกลุ่มเสี่ยงครอบครัว ชุมชน การสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงครอบครัว ชุมชน โดยดำเนินการกิจกรรมใน 24 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานโครงการแก่ทีมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 ประชาสัมพันธ์ ชักชวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเข้าร่วมโครงการ โดยการชักชวนโดย อสม. แต่ละพื้นที่

สัปดาห์ที่ 3 ชี้แจง ประเมินร่างกาย ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส.ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 4 ฝึกทักษะการประเมินสุขภาพตนเอง และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ ต่าง ๆ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้การสาธิต และสาธิตย้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง และการจดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแอปพลิเคชันไลน์ และการเรียนรู้ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 8-9 กิจกรรมติดตามเยี่ยม และให้กำลังใจโดย เจ้าหน้าที่ และ อสม.ในพื้นที่รับผิดชอบ ร่วมกับให้คำปรึกษาแก้ไขในส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติได้

สัปดาห์ที่ 10-24 การประเมินผล ดังนี้

ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ประเมินสภาวะสุขภาพ โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาล วัดความดันโลหิต และระดับ BMI

5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่าน Application line สร้างกลุ่มให้คำปรึกษาผ่าน Application line มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

6. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยจัดตั้งโครงการสวนครัวปลอดสารพิษในชุมชน

7. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (3 หมอ) โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ในการแจ้งผลตอบกลับทุกราย หากมีการติดตามไม่ได้ อสม. จะเป็นผู้ติดตาม

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทอง

หลังจากดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงฯ พบว่าความเป็นไปได้ของรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=24.52, S.D.=0.93) เมื่อจำแนกรายชื่อความคิดเห็นว่ารูปแบบสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลต่อผู้รับบริการ (mean=24.88, S.D.=0.87) รองลงมาความชัดเจนของข้อเสนอแนะในรูปแบบ ทำให้เข้าใจตรงกัน (mean=24.62, S.D.=0.78)

4. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทอง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 150 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 94 คน (ร้อยละ 62.67) ช่วงอายุ 55-64 ปี จำนวน 50 คน (ร้อยละ 33.33) มีอายุเฉลี่ย 49.17 ปี (Mean= 49.17 S.D. = 10.32) สถานภาพคู่ จำนวน 82 คน (ร้อยละ 54.67) จบชั้นประถมศึกษา จำนวน 68 คน (ร้อยละ 45.33) อาชีพคนงาน/รับจ้างทั่วไป จำนวน 63 คน (42.00)

ระดับความรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หลังการใช้รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทอง พบว่า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงตารางที่ 2

ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทองพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ความดันโลหิต ดีขึ้น แตกต่างหลังจากใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับระดับ BMI ก่อนและหลังการใช้รูปแบบไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงตารางที่ 3

ความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อการใช้รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทองพบว่า ความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก (mean=34.28, S.D.=0.36) เมื่อจำแนกรายข้อพึงพอใจต่อรูปแบบติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (3 หมอ) มาก (mean=34.25, S.D.=0.67) รองลงมาพึงพอใจต่อความพึงพอใจต่อการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยระบบการให้บริการแบบ (Digital Healthcare) และให้คำแนะนำ รับรู้สถานภาพตนเอง (mean=34.22, S.D.=0.66) และ ความพึงพอใจต่อรูปแบบจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (mean=34.21, S.D.=0.61) ดังแสดงตารางที่ 4

ความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงต่อรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทองพบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (mean=34.30 S.D.=0.28) เมื่อจำแนกรายข้อพึงพอใจต่อทีมสุขภาพมีการนัดหมายการให้บริการครั้งต่อไปและมีความชัดเจน (mean=34.25 S.D.=0.67) รองลงมาพึงพอใจต่อการจัดกระบวนการกลุ่มในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (mean=34.23 S.D.=0.61)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทองที่พัฒนาขึ้น พัฒนาขึ้นภายใต้การปฏิรูประบบสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการขับเคลื่อนและดำเนินงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบ

สุขภาพประชาชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชน และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ประกอบด้วย 1) การกำหนดทิศทางการนโยบายที่ชัดเจน การจัดสรรบุคลากรจัดสถานที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ วางแผนเครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้งาน 2) ระบบสารสนเทศ จัดทำฐานข้อมูลเชื่อมโยงกับ data center ของอำเภอ/จังหวัด เป็นปัจจุบันและมีการรายงานผลต่อผู้บริหารทุก 6 เดือน 3) ปรับระบบและกระบวนการบริการ เพิ่มศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข การให้คำแนะนำแบบสั้น และการคัดกรอง ประเมินสุขภาพด้วย Digital Healthcare Smart อสม. ปรับระบบและกระบวนการบริการ ครอบคลุมกลุ่มป่วย กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มเสี่ยง 4) การสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว ชุมชน 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ สร้างกลุ่มให้คำปรึกษาผ่าน Application line มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 6. การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน โดยการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (3 หมอ) พร้อมสมุดบันทึกคู่มือ คูใจ และจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชนที่ลดเสี่ยงลดโรค จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยจัดตั้งโครงการสวนครัวปลอดสารพิษในชุมชน ทำให้เห็นถึงรูปแบบการดูแลที่มีความเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นการยกระดับสถานะทางสุขภาพของประชาชน โดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยมุ่งลดความแตกต่างของโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น สร้างความตระหนัก ให้ความรู้และเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและเสมอภาค มีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม มีความยืดหยุ่นในตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของประชาชนกลุ่มต่างๆ สร้างหลักประกันสุขภาพและช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือ ทำให้เกิดผล

ลัพท์ในการดูแลรักษาที่ดี นอกจากนั้นรูปแบบนี้ยังทำให้ผู้ใช้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน สะดวกในการปฏิบัติงาน และเกิดความพึงพอใจ และจากการที่มีระบบสารสนเทศ จัดทำฐานข้อมูลเชื่อมโยงกับ data center ของอำเภอ/จังหวัด เป็นปัจจุบันและมีการรายงานผลต่อผู้บริหารทุก 6 เดือน ร่วมกับการเพิ่มศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข อสม. ในการให้คำแนะนำแบบสั้น และการคัดกรอง ประเมินสุขภาพด้วย Digital Healthcare Smart อสม. ทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน ต่อเนื่อง มีการรายงานที่รวดเร็ว อสม.มีทักษะมากขึ้นทั้งการให้คำปรึกษาแบบ MI ร่วมกับการใช้เทคโนโลยี Application line ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศมัย (2562)⁵ ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามนโยบายชุมชนสร้างสุข กิจกรรมการเรียนรู้ต้องมีรูปแบบที่หลากหลายที่เหมาะสมกับประชาชนทุกกลุ่มวัย และรูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับชุมชน คือ สื่อบุคคล ร่วมกับการใช้เทคโนโลยี (ไลน์)

และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วณิดา (2561)⁶ ที่ศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า มีรูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ 1) มีทิศทางนโยบาย เป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้อง 2) มีการจัดการระบบการสารสนเทศที่เหมาะสม 3) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการโดยใช้แนวคิด ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี 4) เกิดมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมดำเนินการ 5) บุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิเกิดความมั่นใจในการให้บริการและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และ 6) มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของชุมชน ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่สร้างขึ้น ทำให้ลดความแออัดในโรงพยาบาลทั่วไปถึงร้อยละ 25 บุคลากรผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิมีความรู้ เข้าใจ และมีทักษะในการดำเนินงานในคลินิกโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ อนัญญา (2562)⁷ ที่พัฒนารูปแบบการ

บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี พบว่า รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจและจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้เรื่องโรคระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทอง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นคือ

2.1 ระดับความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ที่ภายหลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการที่หลากหลาย รวมทั้งการจัดกิจกรรมการสื่อสารด้วยกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมและแอปพลิเคชันไลน์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นพื้นฐานและขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ โดยได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นพื้นฐานประกอบด้วย กิจกรรมเพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจโดยใช้ชุดกิจกรรมที่ 1-3 ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่ป้องกันโรค และสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงของตนเองได้ ส่วนการเพิ่มทักษะการเข้าถึงข้อมูลโดยการสาธิตและการนำเสนอภาพนิ่ง และให้สาธิตย้อนกลับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือและสามารถนำเสนอให้

กลุ่มรับทราบได้ การเพิ่มทักษะการจัดการตนเองโดยใช้เทคนิค 3 คำถามและการจดบันทึกพฤติกรรม การป้องกันโรคในสมุด บันทึกคู่มือ คู่มือ ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์ถึงปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงของตน สิ่งที่ต้องทำเพื่อแก้ปัญหาหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบ หากไม่ปฏิบัติตามนั้น การวางแผนและตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตัวและการจดบันทึกพฤติกรรม การป้องกันป้องกันโรคของตนเองทุกวันเป็นสิ่งที่คอยกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองปฏิบัติตามแผนได้หรือไม่ ถ้าหากยังไม่ได้ตามแผนก็จะชดเชยในส่วนที่ขาดไป ทำให้สามารถควบคุมการปฏิบัติตัวได้ ส่วนกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมเพิ่มทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ โดยจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยใช้การสนทนากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการจัดตั้งแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มสำหรับการสื่อสารของสมาชิกกลุ่ม และสำหรับผู้วิจัยติดตามประเมินผลรายบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา (2560)⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิก ที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ความดันโลหิต ดีขึ้น เนื่องจากประชาชนต้องค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องได้ด้วยตนเอง ร่วมกับวิธีการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ โดยมีผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ฝึกการค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ ร่วมกับการบันทึก

ข้อมูลที่สำคัญเพื่อกำกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในสมุดคู่มือคู่มือใจ อีกทั้งการให้กำลังใจกันผ่านช่องทางที่สร้างขึ้นจึงทำให้กิจกรรมมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ภายหลังเพิ่มศักยภาพให้กับ อสม. ส่งผลถึงการเพิ่มความน่าเชื่อถือ อสม. มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำ รวมทั้งเป็นแกนนำในการติดตามพฤติกรรมเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ (2565)⁹ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบหมู่บ้านต้นแบบสุขภาพดี อย่างยั่งยืน จังหวัดอ่างทอง มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3 อ. 2 ส. ในการค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง และการสนับสนุนจากเครือข่ายระดับชุมชน ระดับครอบครัว พบว่า ลดระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจากระดับเสี่ยงมาเป็นระดับปกติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ อนัญญา (2563)⁷ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันแอล ดี แอล และการทำงานของไตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจ คลายความวิตกกังวล คลายความเครียด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านองค์กร เนื่องจากผลของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง ที่พัฒนาขึ้นนี้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยควรขยายผลการใช้รูปแบบนี้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพื้นที่อื่นๆต่อไป ทั้งในจังหวัดอ่างทอง และเขตสุขภาพที่ 4 และเขตสุขภาพอื่นๆ

2. ด้านผู้ป่วย ในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม เป็นโรคเกี่ยวกับวิถีชีวิตประจำวันของคน ดังนั้นการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนคือ การพัฒนาศักยภาพของตัวกลุ่มเสี่ยงให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนเอง เพื่อให้สอดคล้องวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพ จังหวัดอ่างทอง ควรมี

การขยายเวลาการศึกษาเพื่อให้ทราบผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น และทำให้เห็นถึงความยั่งยืนของรูปแบบ 2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดำเนินการการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). คู่มือบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: การบริหารงบประมาณการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุมป้องกันและรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง). บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือการดำเนินงาน ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. (2565). สรุปผลการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ประจำปีงบประมาณ 2562-2565.
5. พิศมัย สุขอมรรัตน์. (2562). การประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามนโยบายชุมชนสร้างสุข : “สุขกาย สุขใจ สุขเงิน. <http://hed.go.th/linkHed/387>.
6. วนิตา ลาดตระกุลวัฒนา. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8(1), 24-36.
7. อนัญญา มานิตย์. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 5(2), 131-142.
8. รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียน (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
9. วันเพ็ญ ช่างเชื้อ. (2565). การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านต้นแบบสุขภาพดี อย่างยั่งยืน จังหวัดอ่างทอง.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. <https://atg-h.moph.go.th/node/131>.

การดำเนินงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

Operation and key success factor in operation of the Eldery club in Napa district municipality , Mueng, Chonburi

(Received: June 25,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

รัฐกานต์ พัทฒน์โรดม¹ ,ทิพย์วรรณ จอมแพง¹

Ratthakan Pipatwarodom¹ Tippawan Jumpang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ และ แรงจูงใจของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลนาป่า กลุ่ม ตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 40 คน เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกวิธีการวิเคราะห์ใช้สถิติพรรณนา

การศึกษา พบว่า การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า เป็นไปตาม POSDCoRB ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผนกิจกรรมโดยจัดประชุมคณะกรรมการฯ ในทุกเดือน 2) การจัดหน่วยงานมีการกำหนดมีโครงสร้างหน้าที่ประกอบด้วย 6 หน่วยงาน ได้แก่ ผู้บริหารเทศบาลตำบลนาป่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านท้องคุ้ง เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลนาป่า เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาป่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุและ คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ 3) จัดบุคลากรเพียงพอและเหมาะสม 4) มีระบบการอำนวยการที่ดี มีการสั่งการและประสานงานไปยังฝ่ายต่างๆ ในการดำเนินงานได้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย 5) มีระบบการประสานงานที่ดีและมีช่องทางสื่อสารที่ทันสมัย 6) รายงานผลปฏิบัติงานทุกเดือน และ 7) งบประมาณสนับสนุนเพียงพอทั้งจากกองทุนตำบล ภาคเอกชน และจากภายในชมรมเอง สำหรับปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่ามาจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านผู้นำชมรม มีภาวะผู้นำ มีจิตอาสา ความเสียสละ 2) งบประมาณ มีแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ 3) มีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับแรงจูงใจ เข้าร่วมชมรมมาจาก ปัจจัยภายใน 3 ปัจจัย ได้แก่ ความต้องการ ทักษะ และความสนใจพิเศษ ปัจจัยภายนอก 5 ปัจจัย ได้แก่ การให้บริการตรวจสอบสุขภาพ กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ การให้ความรู้ การประกวดแข่งขัน ได้รางวัล และการสนับสนุนเครื่องอุปโภคบริโภค

คำสำคัญ: การดำเนินงาน, ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, ชมรมผู้สูงอายุ

Abstract

This study was survey research to study operations. Elderly Club Factors for success in the operation of the elderly club and the motivation of the elderly to join the elderly club Na Pa Subdistrict Municipality, a sample group, selected 40 people according to eligibility criteria. Data were collected using participatory observation methods. and in-depth interview methods and analysis methods Descriptive statistics were used.

The study found that the operations of the Na Pa Subdistrict Municipality Elderly Club are in accordance with POSDCoRB, consisting of 7 steps as follows: 1) Planning activities by holding committee meetings every month. 2) Organizing departments with a structure and duties. Consisting of 6 agencies, including Na Pa Subdistrict Municipality administrators Ban Thong Khung Health Promoting Hospital staff Na Pa Subdistrict Municipality officials Volunteer health officers of the village in Na Pa Subdistrict Members of the Elderly Club and Elderly Club Executive Committee.

3) Arrange adequate and appropriate personnel 4) Have a good governance system. Orders and coordination are given to various departments. In carrying out the work successfully according to the goals, 5) there is a good

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย

coordination system and modern communication channels, 6) performance reports every month, and 7) sufficient budget support from the sub-district fund, the private sector, and from within the club itself. As for the success factors in the operations of the Na Pa Subdistrict Municipality Elderly Club, it comes from 3 factors: 1) Club leaders have leadership, volunteer spirit, and sacrifice. 2) Budget has sources to support various activities. 3) There is coordination. Collaborate with network partners Both the public and private sectors for motivation Joining the club comes from 3 internal factors, including needs, attitudes, and special interests. 5 external factors, including providing health check services. Funeral Fund giving knowledge Competition, prizes and support for consumer goods.

Keywords: operations, success factors, senior citizen clubs

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือ 20% จากประชากรทั้งหมด และมีการคาดประมาณว่า ในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึง 28% ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6 ในปี 2563-2565 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดย ร้อยละ 15.37, 15.82 และ 16.3 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลในระดับประเทศพบว่า น้อยกว่าระดับประเทศ ร้อยละ 17.35, 17.81 และ 18.50 ตามลำดับ จังหวัดที่มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ จังหวัดชลบุรี สมุทรปราการ และฉะเชิงเทรา การคัดกรองผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ร้อยละ 84.76, 81.01 และ 71.59 ตามลำดับ ผลจากการ คัดกรองฯ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในติดสังคม ร้อยละ 97.62, 97.34 และ 69.87 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ ติดบ้านร้อยละ 1.73, 2.07 และ 1.32 และกลุ่มติดเตียงพบร้อยละ 0.66, 0.59 และ 0.40¹

วัยสูงอายุมีปัจจัยการเปลี่ยนแปลงในการเสื่อมถอยในหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ

และสังคม เป็นต้น สำหรับปัญหาทางด้านร่างกาย ที่สามารถพบได้ เช่น กลุ่มอาการเมแทบอลิก (Metabolic Syndrome) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน ปัญหาระบบประสาทและสมอง ปัญหาระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่าย มีปัญหาฟันหลุดร่วง ตามวัย ทำให้รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ ลิ้นรับรสได้น้อยลง จึงเบื่ออาหาร ปัญหากระดูกและ ข้อเสื่อม ใช้งานข้อมากเกินไป เช่น ผู้ที่ต้องใช้มือบ่อย ๆ อาจมีภาวะกระดูกบางและการเสื่อมของข้อ กลุ่มอาการผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย และพบเฉพาะในผู้สูงวัย เช่น การหกล้ม เดินลำบาก ปัสสาวะเล็ดราด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า มวลกล้ามเนื้อพร่อง ฯลฯ ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ ปัญหาทางด้านจิตใจ ความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ขี้ระแวง วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจ เกิดขึ้นจากความเสื่อมของสมองและระดับฮอร์โมนในร่างกายไม่สมดุลเหมือนเดิม การเผชิญกับความสูญเสียและการพลัดพราก ของคู่ชีวิตญาติสนิทหรือเพื่อนฝูง เกิดความเหงา ขาดที่พึ่งทางใจ ด้านเศรษฐกิจและสังคมรายได้ลดลงการเข้าสังคมน้อยลงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้²

จากปัญหาดังกล่าว ภาครัฐให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินงาน และดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมตามความสนใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้เรียนรู้ที่จะปรับตัวและเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงสิ่ง

ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการเห็นคุณค่าในตนเองทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข สำหรับการรวมกลุ่มในรูปแบบของ ชมรมผู้สูงอายุ เป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถมาแก้ปัญหาผู้สูงอายุได้เกือบทุกด้าน เพราะเมื่อผู้สูงอายุ มารวมตัวกันจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือพูดคุยกันจะช่วยแก้ปัญหาความซึมเศร้า ของผู้สูงอายุที่ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวในบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรม ให้ทำร่วมกันอย่างหลากหลายก็จะทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิตดีขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ผู้สูงอายุจะเกิดการเห็นคุณค่าในตัวเอง สามารถดำรงชีวิต ในสังคมได้อย่างมีความสุข³ เช่นเดียวกับชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ซึ่งเป็นชมรมหนึ่ง ที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยได้ก่อตั้งขึ้นตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2554 มีสมาชิกสามัญที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 316 คน มีการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (นำออกกำลังกาย การรำไม้พอง) มีการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีระบบส่งต่อ สำหรับกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยเพื่อเข้ารับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการรักษา มีการบริจาคเงินช่วยเหลือครอบครัวของผู้สูงอายุในชุมชนที่เสียชีวิต รวมถึงสนับสนุนกิจกรรม ตามวัฒนธรรมประเพณีของไทยเป็นประจำทุกปี ด้านเศรษฐกิจ มีการสอนวิธีในการสร้างรายได้ ด้วยโซเซียลมีเดีย สอนการทำอาหารด้านสังคมเน้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมรวมกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงาน ตามนโยบายกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้ทุกตำบลมีชมรมสร้างสุขภาพอย่าง 1 ชมรม ในหนึ่งหมู่บ้านสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านติดเตียงมี อสม. และ Caregiver ดูแลครอบคลุมทุกบ้าน ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่าได้รับการประเมินชมรมผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับดี ปี 2565)

จากความเป็นมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงการขับเคลื่อนดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน รวมถึงศึกษาแรงจูงใจของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุตำบลนาป่า เพื่อเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุเอง และต่อ ชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปใช้พัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุด และองค์ที่เกี่ยข้องในการสนับสนุน เพื่อสร้างโอกาสในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานของชมรม และเป็นแบบอย่างต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อศึกษาการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
- 2.เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
- 3.เพื่อศึกษาแรงจูงใจของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ได้แก่ ผู้บริหารเทศบาลตำบลนาป่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านท้องคุ้ง เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาป่า จำนวน 40 คน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2566 - พฤษภาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ อ้างอิงจากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตำบลดอนแฝก จังหวัดนครปฐม ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเป็นคำถาม

แบบเปิดและปิด เกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาดำเนินงานชมรม ผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ แบบสังเกตโดยผู้วิจัยจะสังเกตแบบมีส่วนร่วมถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม สังเกตสิ่งสนับสนุนภายในชมรม สังเกตการดำเนินงานภายในชมรมผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิโดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการ จริยธรรมกรมอนามัย ตามรหัส โครงการวิจัยที่ 678 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า

1.1 ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า จังหวัดชลบุรี ก่อตั้งตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุปี 2564 กำหนดให้หน่วยงานส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจะต้องมีนโยบาย แผนงาน และโครงการที่ชัดเจนในการส่งเสริมและสนับสนุนการบริหารจัดการผู้สูงอายุในท้องถิ่น ก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการดูแลสวัสดิการทางสังคมด้านต่างๆแก่ผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่ามีการจัดตั้งโดยความร่วมมือเทศบาลตำบลนาป่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท้องคั้ง และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกองสาธารณสุข และ

สิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลนาป่าเป็นหน่วยงานของอปท. เป็นผู้ประสานงานเชื่อมต่อเครือข่าย และได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ในปี 2554 มีการจัดตั้งคณะกรรมการใน การขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ปัจจุบันมีสมาชิก จำนวน 247 คน

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า พบว่า การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า เป็นไปตาม POSDCoRB ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

1.การวางแผน (Planning : P) การดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ในทุกๆปีก่อนดำเนินงานจะมีการประชุมคณะกรรมการ การดำเนินงานเพื่อกำหนดแผนการใช้งบประมาณ การจัดกิจกรรม การลงเยี่ยมผู้สูงอายุใน ตำบลนาป่า โดยในแต่ละเดือนจะมีการประชุมคณะกรรมการเพื่อแจ้งข่าวสาร รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด

2.การจัดหน่วยงาน (Organizing : O) ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่ามีการกำหนดโครงสร้างที่ชัดเจนมีคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการชมรม กลุ่มสมาชิก ซึ่งเป็นไปตามระเบียบชมรมผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 การกำหนดโครงสร้างเพื่อให้ทราบขอบเขต การดำเนินงาน โดยมีหน่วยงานในพื้นที่ร่วมดำเนินงาน ได้แก่ เทศบาลตำบลนาป่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้องคั้ง วัดนาเขื่อน อาสาสมัครชมรมผู้สูงอายุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

3.การจัดบุคลากร (Staffing : S) มีการจัดบุคลากรตามความเหมาะสมกับความรู้ความสามารถ เพื่อจะช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีความสุขและสำเร็จลุล่วงได้ มีทีมให้คำปรึกษาแนะนำ กำกับติดตามการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่าให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

4.การอำนวยการ (Directing : D) ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่ามีการดำเนินงานร่วมกันหลายหน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลตำบลนาป่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้องคั้ง วัดนาเขื่อน

อาสาสมัครชมรมผู้สูงอายุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งภาคีเครือข่ายมีระบบการอำนวยความสะดวก ทำให้มีการสั่งการและประสานงานไปยังฝ่ายต่างๆ ในการดำเนินงานได้สำเร็จลุล่วง

5.การประสานงาน (Coordinating : Co) ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่ามีการประสานงานระหว่างบุคลากรภายในองค์กรและภายนอกองค์กร เพื่อวางแผน ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานของชมรม มีระบบการประสานงานที่ดีและทันสมัย

6.การรายงานผลการปฏิบัติงาน (Reporting : R) การรายงานผลการปฏิบัติงานในการประชุมประจำเดือนเพื่อให้คณะกรรมการและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทราบ ความเคลื่อนไหวและ ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชมรม โดยมีการรายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษร

7.การงบประมาณ (Budgeting : B) งบประมาณของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ในหน่วยงานภาครัฐมีการเขียนของบประมาณทำกิจกรรมจากกองทุนตำบล และสปสช. ภาคเอกชน และภาคสังคม ได้จากการบริจาคผู้นำชุมชนและหน่วยงานภายนอก ในส่วนของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีการเก็บค่าธรรมเนียมรายปีสำหรับสมาชิกชมรมเป็นประจำทุกปีมีคณะกรรมการจัดทำบัญชีการใช้จ่ายเงินและการควบคุมตรวจสอบทางการเงิน

ส่วนที่ 3 ความสำเร็จในการดำเนินงาน
ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า จังหวัดชลบุรี
จากการศึกษาพบปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน พบปัจจัยดังต่อไปนี้

ด้านผู้นำชมรม ผู้นำชมรมผู้สูงอายุมีวิสัยทัศน์ มุ่งเน้นให้มีการดำเนินงาน/กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในภาพรวม มีความเข้มแข็งรับฟังความคิดเห็นจากสมาชิกชมรม มีการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีความโปร่งใส

ด้านความสามารถในการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า มี

การประสานงานและร่วมงานกับหน่วยงานต่างๆ อย่างต่อเนื่อง โดยมีการประสานงานร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และ ภาคสังคม ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เครือข่ายหลักในการดำเนินงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้องคั่ง วัดนาเขื่อน ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี อาสาสมัครชมรมผู้สูงอายุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ด้านความสามารถในการพึ่งตนเอง (งบประมาณ) ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า มีคณะกรรมการจัดทำแผนเขียนโครงการขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาป่าเพื่อจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของสมาชิกผู้สูงอายุ เช่นการให้ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย การฝึกอาชีพ และ มีการสนับสนุนจากภาคเอกชน รวมถึงการบริจาคจากแหล่งต่างๆ

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจของผู้สูงอายุใน การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ชมรมผู้สูงอายุมีช่องทางการประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆ การรับทราบข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุ ผ่านช่องทางไลน์กลุ่มผู้สูงอายุ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หอกระจายข่าว เจ้าหน้าที่เทศบาลผู้รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุ โดยพบว่าแรงจูงใจของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า มาจากปัจจัยภายในตนเอง และปัจจัยภายนอกตนเอง ได้แก่

4.1แรงจูงใจภายใน แรงจูงใจภายในของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวของผู้สูงอายุมี 3 ปัจจัย ได้แก่

1.ความต้องการ (Need) เกิดจากความต้องการเข้าสังคมไม่ได้อยากอยู่บ้าน กลัวความเหงา ต้องการพบปะเพื่อนฝูงเพื่อมีคนที่พูดคุย ทำกิจกรรม

ผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมสนุกสนาน นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการฝึกอาชีพ ไม่เป็นภาระ ลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ

2.ทัศนคติ (Attitude) เกิดจากการรับรู้ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่เป็นการเข้าร่วมแล้ว ก่อประโยชน์กับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงเกิดความรู้สึกดีกับชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า

3.ความสนใจพิเศษ (Special Interest) เกิดจากการที่เรามีความสนใจในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ จึงมีการสอบถามรายละเอียดการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ต้องทำ ประโยชน์ที่ได้รับ สิ่งที่เราที่มีสามารถนำไปปรับใช้และช่วยขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวเราและเพื่อนสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า

4.2 แรงจูงใจภายนอก แรงจูงใจภายนอกของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า มี 3 ปัจจัย ได้แก่

1.การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รวมไปถึงการแนะนำเมื่อพบความผิดปกติและมีระบบส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

2.กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ มีการดูแล เมื่อสมาชิกเสียชีวิตโดยมีกองทุนฌาปนกิจ มีการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้

3.การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้การฝึกอาชีพให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตัวเอง ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ป้องกันโรคจากความเสี่ยงและความชรา ไม่เป็นภาระบุตร หลาน และยังป้องกันการติดบ้านติดเตียง

4.มีการประกวดแข่งขัน มีรางวัล ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องซึ่งตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ และเกิดประโยชน์สูงสุด การประกวด และมอบ

รางวัล เช่นการประกวดสูงวัยพันธุ์ดี ผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดีซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดความท้าทาย ความสนุกสนานและการมีส่วนร่วมกับบุคคลในครอบครัว

5.การสนับสนุนเครื่องอุปโภคบริโภคการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้งทางชมรมมีการเลี้ยงอาหารมีการแจกเสื้อของชมรมผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุแต่ละปี มีการอำนวยความสะดวก เรื่องการเดินทางจากที่บ้านผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

สรุปและอภิปรายผล

1.รูปแบบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า จังหวัดชลบุรี จากการศึกษาวิธีการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ตามแนวคิดของ Luther Gulick & Lyanal Urwick โดยทางชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า มีการดำเนินงาน เป็นไปตาม POSDCoRB ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน โดยเริ่มจาก การวางแผน (Planning:P) การจัดหน่วยงาน (Organizing:O) การจัดบุคลากร (Staffing:S) การอำนวยการ (Directing:D) การประสานงาน (Coordinating:Co) การรายงาน (Reporting:R) และการงบประมาณ (Budgeting : B) ดังนี้

การวางแผน การดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ก่อนดำเนินงานในทุกปีจะมีการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อวางแผนการใช้งบประมาณ การจัดกิจกรรม การลงเยี่ยมผู้สูงอายุในตำบลนาป่า โดยมีการวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ซึ่งการวางแผนการทำงานจะสามารถบอกให้ทราบถึงปัญหาและโอกาสที่ปัญหาเหล่านี้จะเกิดขึ้น สามารถช่วยในการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายตามขั้นตอน รวมทั้งทำให้ทุกฝ่ายดำเนินงานทราบถึงแนวทาง การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ซึ่งถ้ามีการวางแผนที่ดีจะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริวัลลภ พุกษาคูดมชัย (2560) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของ

ชมรมผู้สูงอายุตำบลดอนแฝก จังหวัดนครปฐม พบว่า การดำเนินงานชมรมเริ่มจากการวางแผนกิจกรรมโดยมีการจัดประชุมคณะกรรมการทุกเดือน⁴

การจัดหน่วยงาน (Organizing : O) ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่ามีการกำหนดโครงสร้างที่ชัดเจนมีคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการชมรม กลุ่มสมาชิก ซึ่งเป็นไปตามระเบียบชมรมผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 การกำหนดโครงสร้างเพื่อให้ทราบขอบเขตการดำเนินงาน โดยมีหน่วยงานในพื้นที่ร่วมดำเนินงาน ได้แก่ เทศบาลตำบลนาป่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองคั้ง วัดนาเชื่อน อาสาสมัครชมรมผู้สูงอายุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีการแบ่งส่วนงานการกำหนดหน้าที่อย่างชัดเจน มีการจัดประชุมเพื่อวางแผนงาน แบ่งส่วนงานอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้คณะกรรมการและสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุรู้จักบทบาท และหน้าที่ที่รับผิดชอบทำให้การทำงานและการดำเนินกิจกรรมในชมรมเป็นไปอย่างเรียบร้อยไม่มี ข้อขัดแย้งและมีการทำงานที่รวดเร็วเป็นที่พอใจของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สวรรยา ธรรมอภิพลและคณะ (2561) ที่พบว่า การรวมกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุที่เป็นไปตามเป้าหมายต้อง มีคณะกรรมการดำเนินงานที่มีการกำหนด โครงสร้างองค์กร ที่ชัดเจนประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ เจริญฤกษ์และผู้ช่วยเจริญฤกษ์ กรรมการกลาง และกรรมการอื่นๆ ตามข้อกำหนดของการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ⁵

การจัดบุคลากร ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า มีการจัดบุคลากรตามความเหมาะสมกับความรู้ความสามารถ และตามความสมัครใจ เพื่อจะช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีความสุขและสำเร็จลุล่วงได้ มีทีมให้คำปรึกษาแนะนำกำกับติดตามการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่าให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ซึ่งบุคลากรเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนให้ การดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ และสิ่งที่สำคัญที่สุด

ในการทำงาน คือการจัดบุคคลให้เหมาะสมกับงาน ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดำเนินงานได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ญัตติยานัน รัตนินปฐมภัก (2563 : 23) ได้กล่าวถึงผู้บริหารจะต้องคัดเลือกบุคคลให้เหมาะสมกับการท างานและมอบหมายงาน ให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของบุคคล ย่อมจะส่งผลให้การดำเนินงานไปสู่ความสำเร็จได้ด้วยดีและการจัดให้บุคคลได้เกิดผลขึ้นทั้งในด้านทักษะความรู้ความสามารถการบำรุงรักษาบุคคลทั้ง ในด้านความรู้และการสร้างขวัญกำลังใจ⁶

การอำนวยการ (Directing : D) ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่ามีการดำเนินงานร่วมกันหลายหน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลตำบลนาป่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองคั้ง วัดนาเชื่อน อาสาสมัครชมรมผู้สูงอายุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งภาคีเครือข่ายมีระบบการอำนวยการที่ดี จะทำให้เกิดการทำงานที่มีการสื่อสารที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น และส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริวัลลี พุกษาอุดมชัย (2560) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตำบลดอนแฝก จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของชมรมมีการอำนวยการสั่งการและประสานงานไปยังฝ่ายอื่นๆในการดำเนินงานให้สำเร็จ⁴

การประสานงาน (Coordinating : Co) ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่ามีการประสานงานระหว่างบุคลากรภายในองค์กรและภายนอกองค์กร เพื่อวางแผน ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานของชมรม มีระบบการประสานงานที่ดีและทันสมัย คลอบคลุมเข้าถึงกลุ่มสมาชิกผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ อินทร์น้อย (2563) พบว่า กระบวนการบริหารด้านการประสานงานส่งผลต่อประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดปทุมธานีเขต 2⁷

การรายงานผลการปฏิบัติงาน (Reporting : R) การรายงานผลการปฏิบัติงานในการประชุม

ประจำเดือนเพื่อให้คณะกรรมการและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทราบ ความเคลื่อนไหวและ ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชมรม โดยมีการรายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อจะได้ทราบถึงข้อดี ข้อเสียปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม และสามารถแก้ปัญหา ได้อย่างทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จรรยา ตันเจริญ (2561) ที่ได้ทำการศึกษา เรื่อง ปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่แค จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรายงานผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยประกอบที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่แคประสบความสำเร็จ⁹

การงบประมาณ (Budgeting : B)
งบประมาณของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ในหน่วยงานภาครัฐมีการเขียนขอ งบประมาณ ทำกิจกรรมจากกองทุนตำบล และสปสช. ภาคเอกชนและภาคสังคม ได้จากการบริจาคผู้นำชุมชนและหน่วยงานภายนอก ห้างร้าน ในตำบลนาป่า ในส่วนของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีการเก็บค่าธรรมเนียมนรายปีสำหรับสมาชิกชมรมเป็นประจำทุกปี โดยมีคณะกรรมการจัดทำบัญชี การใช้จ่ายเงิน และการควบคุมตรวจสอบทางการเงินเป็นไปโดยชอบธรรมโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้ มีการรายงานการใช้จ่ายให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุทราบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อักษร แสนภักดี (2558) ศึกษารูปแบบของปัจจัยด้านการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของกีฬาเพื่อส่งผลต่อความเป็นเลิศในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ พบว่ากระบวนการด้านการจัดทำงบประมาณมีอิทธิพลต่อความมีประสิทธิภาพขององค์กร⁹

ความสำเร็จในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า จังหวัดชลบุรี

ด้านผู้นำชมรม ผู้นำชมรมผู้สูงอายุท่านมีวิสัยทัศน์ มุ่งเน้นให้มีการดำเนินงาน/กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในภาพรวม มีความเข้มแข็งรับฟังความคิดเห็นจากสมาชิกชมรม มีการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีความ

โปร่งใสจึงทำให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า เกิดความศรัทธาเชื่อถือในการดำเนินงานทำกิจกรรมต่างๆของชมรมผู้สูงอายุ และทำให้หน่วยงานและองค์กรต่างๆเกิดการยอมรับศรัทธาเชื่อถือให้ความร่วมมือและ การสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆของชมรมผู้สูงอายุ โดยการมีผู้นำดังกล่าวเป็นสิ่งที่สำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของสิริวัลลี พุกษาอุดมชัย(2560) ที่ศึกษา เรื่อง ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตำบลดอนแฝก จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมฯ ส่วนหนึ่งเกิดมาจากการที่มีผู้นำมีจรรยาบรรณ จิตอาสาทำงานด้วยความเสียสละ⁴

ด้านความสามารถในการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า

มีการประสานงานและร่วมงานกับหน่วยงานต่างๆอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประสานงานร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคสังคม ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เครือข่ายหลัก ในการดำเนินงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้องคั่ง วัดนาเชื่อน ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี อาสาสมัครชมรมผู้สูงอายุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญในการขับเคลื่อน การดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยากร หวังมหาพร (2555) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องความร่วมมือในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ ข้ามกรณีผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่น่าไปสู่ความสำเร็จในการร่วมมือกันบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีการจัด¹⁰

ด้านความสามารถในการพึ่งตนเอง (งบประมาณ) ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า มีคณะกรรมการจัดทำแผนเขียนโครงการขอรับ

งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาป่าเพื่อจัดกิจกรรม ที่เป็นประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของสมาชิกผู้สูงอายุ เช่นการให้ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย การฝึกอาชีพ และมีการสนับสนุนจากภาคเอกชน รวมถึงการบริจาคจากแหล่งต่างๆ

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ชมรมผู้สูงอายุมีช่องทางการประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆ การรับทราบข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุ ผ่านช่องทางไลน์กลุ่มผู้สูงอายุ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หอกระจายข่าว เจ้าหน้าที่เทศบาลผู้รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุ โดยพบว่าแรงจูงใจของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า มาจากปัจจัยภายในตนเอง และปัจจัยภายนอกตนเอง ได้แก่

4.1 แรงจูงใจภายใน แรงจูงใจภายในของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่าเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวของผู้สูงอายุมี 3 ปัจจัย ได้แก่ ความต้องการส่วนตัวในการสนใจที่จะเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุทัศนคติที่มีทัศนคติที่ดีจากการพบเห็นหรือทดลองเข้าร่วมกิจกรรม ความสนใจพิเศษ มีความสนใจที่จะทำกิจกรรมตามความสามารถของตนเองที่มีเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิพิญา ศรีจันทร์ (2563) ได้ศึกษาเรื่องแรงจูงใจและประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบริษัทขนส่งแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วยด้านความรับผิดชอบในงาน ด้านความต้องการก้าวหน้า ทัศนคติที่ดี ด้านความสำเร็จในการทำงานมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01¹¹

4.2 แรงจูงใจภายนอก แรงจูงใจภายนอกของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า มี 5 ปัจจัย ได้แก่ การให้บริการตรวจสุขภาพ

ประจำปีให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ การประกวดแข่งขันการรับรางวัล การสนับสนุนเครื่องอุปโภคบริโภคการซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุรรัตน์ กุมาริ (2560) ที่พบว่า แรงจูงใจในการ เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้ากองทุนฌาปนกิจ ได้รับความรู้ด้านสุขภาพ ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ¹²

สรุปและอภิปรายผล

ชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์กรภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบผู้สูงอายุ อันจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในระดับปัจเจกบุคคลระดับชมรมผู้สูงอายุและระดับชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และสวัสดิการ การบริหารจัดการในชมรมผู้สูงอายุเป็นไป ตามโครงสร้างของชมรม ซึ่งจากผลการศึกษาทำให้เราทราบวิธีการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า ดังนั้น จึงควรสนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวัลลีย์ พุกษาอุดมชัย ที่ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตำบลดอนแฝก จังหวัดนครปฐม พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ดอนแฝกมาจาก 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านผู้นำชมรมมีภาวะความเป็นผู้นำมีจรรยาบรรณ มีจิตอาสาปฏิบัติงานด้วยความเสียสละ เล็งเห็นผลประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นหลัก 2) ด้านความสามารถในการพึ่งตนเองโดยการหาแหล่งเงินทุนในการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชมรมได้ตลอดมา 3) ด้านความสามารถในการประสานงานกับภาคี โดยร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐภาคท้องถิ่น และภาคสังคม 4) การดำเนินงานตามข้อบังคับ⁴

ข้อเสนอแนะ

นำข้อมูล และปัจจัยแห่งความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่าไปพัฒนารูปแบบการ/ใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุ สำหรับพื้นที่สนใจจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้จากความสนับสนุนอย่างดีจาก คณะผู้บริหารของศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศ ผู้อำนวยการ นางศิริพร จริยาจิรวัฒนา หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ นางสาวจิรภัสสร สุวรรณบำรุงชัย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นางวรรณภาพร งามศิริ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และนางทิพย์วรรณ จุ่มแพ่ง หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการดำเนินงาน และให้ข้อคิดอันเป็น ประโยชน์อย่างมาก รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ช่วยตรวจสอบงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงใคร่ขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้บริหารเทศบาลตำบลนาป่า เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลนาป่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านท้องคั่ง สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวถึงที่ ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี คุณค่าประโยชน์ของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นแนวทางในการ พัฒนาให้เกิดชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ และขยาย การดำเนินงานไปยังชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผน กระทรวงสาธารณสุข.ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ.นทพฐี:กระทรวง; 2566 เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> HDC
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ.ภาวะผู้สูงอายุมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.2565.กรุงเทพมหานคร:กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก <https://thaitgri.org/?p=40208>
3. พรณิภา บุญพิทักษ์. การพัฒนาเครือข่ายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสูงอายุแห่งประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. นครปฐม:มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 6 กันยายน 2566] เข้าถึงได้จาก <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/thaijs/article/view/242865>
4. สิริวัลลีย์ พฤกษอุดมชัย.ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตำบลดอนแฝก จังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565] เข้าถึงได้จาก <http://thesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1051/1/57601722%2520>
5. สวรรยา ธรรมอภิพลและคณะ.การบริหารจัดการปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่แค จังหวัดเพชรบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]เพชรบุรี:มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2564] เข้าถึงได้จาก file:///C:/Users/DEMON/Downloads/_bird_mark,+Journal+manager,+23_A5-2.pdf
6. ณัฐธยาน์ รัตนินปฐมภัก.กลยุทธ์การบริหารงานบุคคลของโรงเรียนเอกชนประเภทสามัญสังกัดสำนักงานศึกษาธิการ จังหวัด นครนายก. [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. นครนายก:มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2564] เข้าถึงได้จาก[file:///C:/Users/DEMON/Downloads/_prawit27,+%7B\\$UserGroup%7D,+7\(1\)2563+018](file:///C:/Users/DEMON/Downloads/_prawit27,+%7B$UserGroup%7D,+7(1)2563+018)
7. กนกวรรณ อินทร์น้อย.กระบวนการการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโรงเรียนเอกชนสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประชุมธานี เขต 2. [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. ประทุมธานี:มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก <https://book.pbru.ac.th/multim/thesis/78563/78563-bib.pdf>
8. จรรยา ต้นเจริญ.ปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่แค จังหวัดเพชรบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]เพชรบุรี:มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2563] เข้าถึงได้จาก file:///C:/Users/DEMON/Downloads/_bird_mark,+Journal+manager,+23

9. อักษร แก้วกิติ.รูปแบบของปัจจัยด้านการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของกีฬาเพื่อความเป็นเลิศในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ. จังหวัดพิษณุโลก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต].พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2559] เข้าถึงได้จาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/rpu/article/view/254776>
10. ปิยากร หวังมหาพร.ปัจจัยส่งผลต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุในประเทศไทย กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีพระทุม; 2555. [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2563] เข้าถึงได้จาก <https://sites.google.com/spu.ac.th/piyakorn-whspu-ac-th>
11. ปิชาญา ศรีจันทร์.แรงจูงใจและประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบริษัทขนส่งแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต].กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2564] เข้าถึงได้จาก <http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/879/1/gs601130385.pdf>
12. สุริรัตน์ กุมาริ.การศึกษาลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและแรงจูงใจต่อการเข้าชมรมผู้สูงอายุระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการเป็นสมาชิกชมรมสูงสุดกับต่ำสุด.กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัย] มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2562.] เข้าถึงได้จาก http://www.mis.ms.su.ac.th/MISMS01/PDF02/377_20190612_j_14.pdf

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว

Factors affecting self-efficacy among patients with type 2 diabetes a case study of Ban Na Bua Health Promoting Hospital.

(Received: June 24,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

สุภัค จันทรสองดวง¹

Supak Jansongdong¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยอยู่ในตำบลบ้านนาบัว ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว จังหวัด อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 128 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 28 มีนาคม 2567 ถึง 28 พฤษภาคม 2567 รวมระยะเวลา 2 เดือน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.10 (จำนวน 99 คน) และอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 63.00 ร้อยละ (จำนวน 80 คน) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 77.30 (จำนวน 99 คน) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 92.20 (จำนวน 118 คน) ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้าง/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 64.10 (จำนวน 82 คน) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า มีตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ($B=.379$, $p\text{-value}=.000$) และตัวแปรคุณภาพชีวิต ($B=.470$, $p\text{-value}=.000$) สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 57.3 ($R^2=.573$)

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstracts

This research was cross-sectional survey research. The objective was to study factors affecting self-efficacy of patients with type 2 diabetes, a case study of Ban Na Bua Sub District Health Promoting Hospital. The sample group was type 2 diabetic patients who had been living in Ban Na Bua Subdistrict in the service areas of Ban Na Bua Subdistrict Health Promoting Hospital, Renu District, Nakhon Phanom Province. The sample aged 35 years and over of 128 people. Data were collected between 28 March 2024 and 28 May 2024, a total of 2 months. Data collection tools included personal information questionnaires, Social support questionnaire, Stress questionnaire, Quality of life questionnaire, and questionnaires on the perception of the elderly's ability to take care of themselves.

The results of the study found that the majority were female 64.10% (number of 99 people) and aged 60 years and over 63.00% (number of 80 people). Marital status as a couple 77.30% (number of 99 people). Most education levels were primary school 92.20 percent (118 people) and the sample used were labor/farming/farming/gardening/for hire/general contractors 64.10 percent (82 people). To analysis of factors predicting the results of analysis of factors affecting self-efficacy of patients with type 2 diabetes using stepwise multiple regression analysis, It was found that there was a social support variable ($B=. 379$,

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว

p-value=.000) and quality of life variables ($B=.470$, p-value=.000) could together predict 57.3% of the self-efficacy among patients with type 2 diabetes ($R^2=.573$).

Keywords: Predictive factors, self-efficacy, type 2 diabetes patients

บทนำ

ผู้สูงอายุในประเทศไทยคาดว่าจะเพิ่มเป็น 70 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573¹ ซึ่งเป็นผลจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยให้ประชาชนสุขภาพดีขึ้น อายุยืนยาว แต่โรคที่เกิดจากผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และอื่นๆ ซึ่งเป็นโรคที่ค่อยๆ เพิ่มความรุนแรง เป็นความบกพร่องและเบี่ยงเบนจากปกติ หากไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอและผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จะมีอาการรุนแรงและ เสียชีวิตได้ (Phrapalad Somchai Payogo and Uthai Sudsukh, 2015)² ส่วนโรคติดต่อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับว่า เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพและดำรงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ดี (Bandura)³ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) เป็นโมเดลหนึ่งของ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งทฤษฎีนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยา ชาวแคนาดาชื่อ Albert Bandura อันประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ 1) แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning) 2) แนวคิดการกำกับตัวเอง (Self-regulation) และ 3) แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) สมมติฐานของทฤษฎีคือ เมื่อ บุคคลสามารถรับรู้หรือเชื่อในความสามารถของตนเองโดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำ แล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลก็จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น (Bandura, 1977) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับน้ำตาล การสนับสนุนทางสังคม ระดับเศรษฐกิจ ความเครียด คุณภาพชีวิต มีผลต่อการ

รับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2^{4,5}

สุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตเพราะสุขภาพเป็นขุมพลังแห่งชีวิตที่จะผลักดันให้มนุษย์สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าทั้งส่วนตน สังคมและประเทศ สุขภาพเป็นรากฐานสำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิตที่สมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ การมีชีวิตหรือการใช้ชีวิตที่มีคุณค่าเป็นหนทางของการนำไปสู่เป้าหมายของชีวิตที่เป็นสุขหรือคุณภาพของชีวิตนั่นเองสุขภาพเป็นพลวัต (dynamic) เปลี่ยนแปลงได้เสมอขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ร่างกายค่านิยมเจตคติความเชื่อนิสัยและพฤติกรรมสุขภาพหรือสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายสังคมและจิตใจประกอบกันไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความทุพพลภาพเท่านั้น⁶ ดังนั้นสุขภาพจึงมีองค์ประกอบ 4 ประการ ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดโรคและภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura, 1997)³ ได้สรุปทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ไว้ว่าเมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติเหมาะสมและมีกำลังใจเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ การชักจูงโดยใช้คำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในการเพิ่มความสามารถของ

ตนเองที่จะปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่และมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทั่วโลก ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองอาจลดลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว คูแลพื้นที่ 6 หมู่บ้าน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว จำนวน 151 คน ผู้ชาย 64 คน ผู้หญิง 87 คน⁷ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในจังหวัดนครพนมยังมีข้อจำกัด ศึกษาเฉพาะการจัดการตนเอง เน้นเป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโรคเบาหวานยังขาดการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว ที่มุ่งเน้นไปที่การใช้สมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การศึกษานี้มุ่งศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบ้านนาบัวในจังหวัดนครพนมเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุที่ทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว

วิธีการศึกษา

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 28 มีนาคม 2567 ถึง 28 พฤษภาคม 2567 รวมระยะเวลา 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยอยู่ในตำบลบ้านนาบัว ในเขตพื้นที่บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว จังหวัดนครพนม จำนวน 151 คน การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Stratified Random sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก $G * power$ (Faul, et.al., 2007)⁶ โดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติ multiple regression ค่า effect size จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.15 (เนื่องจากยังไม่มีตัวอย่างงานวิจัยใกล้เคียง) ตัวแปรต้น 7 ตัว Power .85 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 115 คน กัน drop out อีก 10-11% ได้กลุ่มตัวอย่าง 128 คน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า มีคุณสมบัติ ดังนี้ (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 3) เป็นโรคเบาหวานมาอย่างน้อย 6 เดือน 4) อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบ้านนาบัว อย่างน้อย 1 ปี 5) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก มีคุณสมบัติ ดังนี้ (Exclusion criteria) 1) ย้ายภูมิลำเนา ระหว่างการศึกษาวิจัย 2) เจ็บป่วยร้ายแรง หรือเสียชีวิตจนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยวางแผนเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างที่สนใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

3) กลุ่มตัวอย่างรายใดที่ให้ความยินยอม และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

4) หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามพร้อมให้สุขศึกษา แนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสม จากนั้นกล่าวแสดงความขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจสอบ (Check list) และแบบเขียนตอบคำถาม พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ เป็นต้น

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (ยศยง จันทรวงศา, 2558 และสุภาวดี เนติเมธิ. (2547)⁸ แบ่งออกเป็น 5 จำนวน 12 ข้อ คะแนน 7= เห็นด้วยอย่างมากสุด 6=เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วย 4= เฉยๆ 3= ไม่เห็นด้วย 2= ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 1= ไม่เห็นด้วยอย่างมากสุด แปลความหมายระดับการสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 3.01-5.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 5.01-7.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

3. แบบสอบถามความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ (กรมสุขภาพจิต, 2542)⁹ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของโรงพยาบาลสวนปรุงนำมาจาก กรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ มีทั้งหมด 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ แบ่งเป็น ปัจจัยภายในร่างกาย ปัจจัยภายนอกด้านสาธารณสุข ปัจจัยภายนอกด้านเศรษฐกิจ ปัจจัย

ภายนอกด้านสิ่งแวดล้อม เกณฑ์การให้คะแนน ไม่รู้สึกเครียด ให้ 1 คะแนน เครียดเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน เครียดปานกลาง ให้ 3 คะแนน เครียดมาก ให้ 4 คะแนน เครียดมากที่สุด ให้ 5 คะแนน การแปลความหมายรับความเครียด มีดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0 - 23 หมายถึง เครียดต่ำ คะแนนเฉลี่ย 24 - 41 หมายถึง เครียดปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 42 - 61 หมายถึง เครียดสูง คะแนนเฉลี่ย 62 คะแนนขึ้นไปหมายถึง เครียดรุนแรง

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถามของคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม WHOQOL - 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และ ทางลบ 3 ข้อ มีคะแนน 26-130 คะแนน (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2540)¹⁰ ซึ่ง การแปลความหมายระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ คะแนนเฉลี่ย 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5. แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวาน (Self-efficacy) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive learning) ของแบนดูรา (Bandura, 1986; 1997) ประยุกต์จากณัฏฐา ดวงตา¹¹ โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้ 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก 2 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อย จำนวน 23 ข้อ แปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแล

ตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล¹²

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติ Multiple regression

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันผลเสียและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ REC เลขที่ NO. 023/67 COE NO.028/67 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใน

สถานที่ที่เป็นส่วนตัวและมิดชิด โดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยที่สนใจและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งให้การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแจ้งให้รับทราบเกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.10 (จำนวน 99 คน) และอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 63.00 ร้อยละ (จำนวน 80 คน) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 77.30 (จำนวน 99 คน) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 92.20 (จำนวน 118 คน) ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้าง/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 64.10 จำนวน 82 คน

ตาราง 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โมเดลที่ 1

โมเดลที่ 1	B	S.E.	β	t-value	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	.558	.057	.671	10.163.014	.000

ค่าคงที่ = -.838 $R=.671$ $R^2=.450$ sig <.001 S.E.=.369
F-value = 103.297

จากตาราง 1 เมื่อพิจารณาโมเดลที่ 1 จะเห็นว่าเมื่อนำตัวแปรทั้งหมด เข้าสมการทำนายวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise method พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (X4) (B=.558, p-value=.000), สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ เมื่อพิจารณาโมเดลพบว่า โมเดลมีค่าคงที่

เท่ากับ -.838 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .671 มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ .369 มีนัยสำคัญทางสถิติ <.001 สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 45 ($R^2=.450$)

ตาราง 2 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โมเดลที่ 2

โมเดลที่ 2	B	S.E.	β	t-value	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	.379	.060	.442	6.330	.000
คุณภาพชีวิต	.470	.079	.418	5.975	.000
ค่าคงที่ = -1.446 $R=.757$ $R^2=.573$ sig <.001 S.E.=.326					
F-value = 83.719					

จากตาราง 2 เมื่อพิจารณาโมเดลที่ 2 จะเห็นว่าเมื่อนำตัวแปรทั้งหมด เข้าสมการทำนายวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise method พบว่า มีตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ($B=.379$, $p\text{-value}=.000$) และตัวแปรคุณภาพชีวิต ($B=.470$, $p\text{-value}=.000$) สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อพิจารณาโมเดลพบว่า โมเดลมีค่าคงที่เท่ากับ -1.446 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .757 มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ .326 มีนัยสำคัญทางสถิติ <.001 สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ร้อยละ 57.3 ($R^2=.573$)

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 63 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 29 เพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 64.1 และเพศชายจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 92.2 สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็น คู่ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือ หม้าย หย่า แยกกัน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 19.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพใช้แรงงาน (ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้าง) จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน จำนวน 37 คน คิดเป็น

ร้อยละ 28.9 รายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาคือมีรายได้ 5,000 บาท ถึง 10,000 บาท จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 สถานภาพการเงิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพการเงินพอใช้มีเหลือเก็บ จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ พอใช้ ไม่เหลือเก็บ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 โรคติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 สุขภาพในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4 รองลงมามีสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 30.5 สอดคล้องกับการศึกษา ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานไม่พึ่งอินซูลิน¹³ เก็บข้อมูล 192 คน พบว่า ส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 63.5 การศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 83.30 มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้ ซึ่งส่วนใหญ่คนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัวที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในขณะเขียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว⁷ เป็นเพศหญิง และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา

ส่วนที่ 2 ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลพบว่า มีตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta = .442$, p -value=.000) และตัวแปรคุณภาพชีวิต สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta = .418$, p -value=.000) สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ร้อยละ 57.3 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด ร้อยละ 45 และ ถ้าเพิ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มเป็นร้อยละ 57.3 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยการทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ¹⁴ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 26.50 โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .433$, $p < .001$) รองลงมาเป็นความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .195$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .164$, $p < .05$) พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสามารถจัดการระดับน้ำตาลในเลือดได้ และการศึกษาของสุจิตรา บุญประสิทธิ์ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และ ชมนาด สุ่มเงิน ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวาน อ ไซโย จำนวน 100 คน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ความรู้มีผลต่อการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่ .01 ($r=.65$, .30 .36 ตามลำดับ)

คุณภาพชีวิตพบว่า การจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r(116) = -.18$, $p < .05$, $r(116) = .19$, $p < .05$, $r(116) = .22$, $p < .05$ และ $r(116) = .22$, $p < .05$) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการควบคุมรอบเอว การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹⁵ อภิปรายได้ว่า ปัจจัยทางสังคมและคุณภาพชีวิต มีผลต่อการจัดการตนเองของปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว เนื่องจาก การช่วยเหลือทางสังคม เป็นตัวเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเนื่องจากเบนดูรา³ กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนบางส่วนมาจากผลจากการเสริมแรงภายนอก เช่นการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการเสริมแรงภายในเช่น คุณภาพชีวิตที่เราจะมี จะเป็นตัวกำกับความคิด พฤติกรรม การกระทำของเรา (self-regulation) ทำให้สองปัจจัยนี้มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จัดระบบการสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีคนช่วยสนับสนุน และตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ การมีคนรับฟังปัญหา และการจัดกิจกรรมเพิ่มคุณภาพชีวิตด้าน กาย จิตใจ สังคม

2) ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยถึงทดลองทำโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เอกสารอ้างอิง

1. พระปลัดวีระชนม์ เขมวิโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ชันแก้ว, โฆษิต คุ่มท้าว และสงวน หล้าโพทนัน. การเสริมสร้างความผูกพันทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ 2017,5(1),78-88.
2. Phrapalad Somchai Payogo and Uthai Sudsukh. Buddhist Integration of Caring For Chronic Disease in Thai Society. Journal of MCU Peace Studies 2015,3(2),45-64.
3. Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company;1997.
4. ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ : ดีไซน์;2541.
5. สุจิตรา บุญประสิทธิ์ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และ ชมนาด สุ่มเงิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ 2559,32(1), 44-56.
6. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis;2007.
7. เวชระเบียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว พ.ศ. 2565 (ฐานข้อมูล databased)
8. ยศยง จันทรวงศา. การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและความผูกพันในงาน: กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินสายการบินแห่งหนึ่ง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2558.
9. กรมสุขภาพจิต. รายงานการวิจัยการพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: ทีคอม;2542.
10. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่;2540.
11. ญัตติ ดวงดา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและประสิทธิภาพการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2559.
12. Hair, F. J., Black, C.W., Babin, J. B. & Anderson, E.R. Multivariate Data Analysis. (7th ed). New Jersey;2010.
13. สมปราถนา ทราญมูล. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). พะเยา : มหาวิทยาลัยพะเยา;2565.
14. เนตรนภา พันเล็ก ญัตติยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ และโรจน์ จินตนาวัฒน์. ปัจจัยที่ทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565,49(4), 99-113. ค้นวันที่ 23 มิถุนายน 2567 จาก <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:164670>
15. ปิรญาวัช ปรากฏตัว, อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ, กนกพร แก้วปัญหา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง. วารสารสุขและการศึกษาพยาบาล 2564,27(1),151-165. ค้นวันที่ 23 มิถุนายน 2567, จาก file:///C:/Users/Administrator/Downloads/document%20-%202024-06-24T105528.875.pdf

การพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ Development of a Sepsis Care System in Kalasin Province.

(Received: June 25,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

จิรศักดิ์ คามจันทร์¹

Jirasak Khamjunghan¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ใน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน Simple logistic regression และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแลกเปลี่ยนวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ประเด็น ตามลำดับขั้นของข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.64 มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 50.91 (ค่าเฉลี่ยอายุ 59 ปี SD. = 15.99) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.33 ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 75.61 (เฉลี่ย 50 นาที SD. = 94.40) ผลการรักษาในครั้งนี้ พบจำหน่ายเสียชีวิต ร้อยละ 21.21 การวิเคราะห์เมื่อควบคุมตัวแปรแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มโอกาสเกิดความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ เพศ และอาชีพ รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาโปรแกรมการจ้อง ICU การจัดตั้ง Rapid response system/team (RRS/RRT) และ พัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยไว้ระดับอีกเสบซี

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด, การพัฒนาระบบการดูแล, อัตราการเสียชีวิต

Abstract

The purpose of this action research aimed to study and develop a sepsis care system in Kalasin Province, This research is in the form of action research, totaling 165 participants. Analytical methods encompass descriptive statistics (percentages, frequencies, means, and standard deviations), supplemented by inferential statistics such as the Simple logistic regression, Qualitative data are subjected to comprehensive content analysis and issue analysis according to the data hierarchy.

The research findings of elderly patients were male (63.64 %) and under 60 years of age (50.91.0%). (mean age 59 years SD. = 15.99), Occupation of farmer (53.55%), received antibiotics within 1 hour (75.61%), (mean 50 minutes SD. = 94.40), dead (21.21%). The analysis of the variables showed that: the factors had a tendency to correlate with the mortality of patients with sepsis. Statistically significant at the level of 0.05 is gender and occupation. The development model of the care system for patients with sepsis is as follows: Diagnosis, Personnel Development, Node Strengthening, Rapid response system/ team (RRS/RRT), and Care Hepatitis C.

Keywords: Patients with Sepsis, Development of care systems, Mortality.

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็น
ภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต โดยเกิดขึ้นจากระบบ

ภูมิคุ้มกันของร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อ
มากกว่าปกติจนอวัยวะสำคัญ ๆ เริ่มทำงานผิดปกติ
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอาจรุนแรงมากขึ้นจน

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

เกิดภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำลงอย่างรวดเร็ว และนำไปสู่ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และเสียชีวิตในที่สุด ในปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย ประมาณ 49 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 11 ล้านราย ซึ่งถึงว่าเป็น 1 ใน 5 ของอันดับที่เป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน และนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก¹ และพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้ ร้อยละ 15.0 – 50.0 โดยเฉลี่ยทุก ๆ 2.8 นาที จะมีผู้เสียชีวิต 1 ราย² สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี คิดเป็นอัตราตาย ร้อยละ 32.03 หรืออาจสรุปได้ว่า มีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย ทุก 3 นาที และมีผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง³ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีอุบัติการณ์ที่สูงมากเสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในระยะยาว

จากความรู้ความเข้าใจของปัญหาจึงได้มีการพัฒนาและประกาศใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยมีกลยุทธ์ในด้านเพิ่มความตระหนักถึงความรู้ความเข้าใจการวินิจฉัยและการรักษามุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก⁴ และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการภาวะ sepsis แบบเร่งด่วนโดยกำหนดเป้าหมายการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของระบบไหลเวียน การควบคุมความดันโลหิตในหลอดเลือดดำ ส่วนกลางความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่ปัญหาที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ไม่สามารถให้การดูแลได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับบริการ

ทางการแพทย์ล่าช้าและได้รับการวินิจฉัยล่าช้าตามมา ส่งผลให้การดูแลตามแนวไม่มีประสิทธิภาพ⁵ แนวทางในการดูแลโรคสามารถทำได้โดยการค้นหาผู้ป่วยให้เร็วก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกโดยการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่รวดเร็วหลังเกิดสัญญาณเตือนของโรค รวมทั้งการประเมินและได้รับการดูแลทันทีจากบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

จากสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อแบบรุนแรงชนิด Community-acquired พบว่า อัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น ในปี 2563 - 2565 ร้อยละ 32.32, 33.5 และ 35.4 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด $\leq 28\%$ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลหลักในการรับส่งต่อและให้การรักษาผู้ป่วย ซึ่งแนวทางในการรักษาเป็นการจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในการส่งต่อและเฝ้าระวังการเกิดโรค และมีการปรับปรุงแนวทางการประเมินผู้ป่วยในระยะแรก แต่ก็ยังพบแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

จากความสำคัญที่กล่าวมาในข้างต้นจึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้มีแนวทางการให้บริการที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด ตั้งแต่การตระหนักรู้เรื่องโรค การประเมินเริ่มแรก การส่งต่อ การรักษา รวมถึงการดูแลต่อในชุมชน ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ลดอัตราความพิการหรือเสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ของผู้ป่วยได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนา โดยมีขอบเขตการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 (ในการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนดำเนินกิจกรรม)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 (ในการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนดำเนินกิจกรรม)

การศึกษาในครั้งนี้ใช้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในช่วง วัน เวลา ดังกล่าว จึงไม่ได้ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 2) มีการบันทึกเวชระเบียนการรักษาอย่างครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก ข้อมูลการรักษาในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือ “ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์” ซึ่งเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ปี 2565 โดยภาควิชาที่เกี่ยวข้องในการร่วมพัฒนากับผู้ศึกษาวิจัย เริ่มตั้งแต่กระบวนการสำรวจ กำหนดปัญหา และร่วมถอดบทเรียนการดำเนินงาน สู่การปรับปรุงแนวทาง สร้างเสริม และพัฒนากิจกรรม และนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลและนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ของการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากร จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเข้ารับบริการ จำนวน 8 ข้อ

(เป็นลักษณะทำเครื่องหมายถูก ลงใน () หรือเติมข้อความลงช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ ใช้การหาความตรงของเนื้อหา (validity) และความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเหมาะสมและความชัดเจนของเนื้อหา ทดสอบค่าความเที่ยงได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะ

ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร โดยตัวแปรผลลัพธ์หลักเป็นข้อมูล Binary และตัวแปรอิสระหลายตัวแปร เมื่อพิจารณาข้อตกลงของสถิติแล้ว เลือกใช้สถิติ Simple logistic regression โดยตัวแปรที่สามารถนำเข้าโมเดลเพื่อวิเคราะห์ได้ พิจารณาจากค่า p-value ที่มีค่า < 0.25 ซึ่งกำหนดให้ 10 เหตุการณ์ต่อ 1 parameter ในงานวิจัยนี้เกิดเหตุการณ์ทั้งหมด 759 เหตุการณ์ ดังนั้นสามารถนำตัวแปรเข้าโมเดลได้ประมาณ 76 ตัวแปร จากนั้นพิจารณาความสัมพันธ์ภายในตัว (Multicollinearity) ของแต่ละตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าโมเดล ซึ่งพิจารณาจากค่า VIF ไม่เกิน 10 ทุกตัวแปร และการคัดเลือก final model โดยใช้วิธี (with backward elimination approach)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถนำเสนอผลการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

จากการศึกษา เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งหมด 165 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 105 ราย (ร้อยละ 63.64) มีอายุต่ำกว่า 60 ปี จำนวน 84 ราย (ร้อยละ 50.91) และ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 49.09) (ค่าเฉลี่ยอายุ 59 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.99) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 88 ราย (ร้อยละ 53.33) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 64.24)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะ จำนวน 164 ราย (ร้อยละ 99.39) ระยะเวลาแรกรับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง จำนวน 124 ราย (ร้อยละ 75.61) (เฉลี่ยระยะเวลาได้รับยาปฏิชีวนะของผู้ป่วย 50 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 94.40) ยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่เป็นยา Ceftriaxone จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 48.17) รองลงมาคือ Ceftazidime จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 21.95) และน้อยที่สุดคือ ยา Augmentin จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.22) ผลการรักษาในครั้งนี้ พบว่า จำหน่ายเสียชีวิต จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 21.21)

การตรวจเพาะเชื้อ Culture Bacteria พบว่า ได้รับการตรวจ จำนวน 76 ราย (ร้อยละ 46.06) และไม่ได้รับการตรวจ จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 53.94) โดยเก็บตัวอย่างเพื่อเพาะเชื้อจาก Sputum จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 26.67) ตรวจพบเชื้อ จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 25.00) และไม่พบเชื้อ จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 75.00) ซึ่งเชื้อที่พบประกอบด้วย เชื้อ Acinetobacter baumannii จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 72.72) เชื้อ MTB Trace Detected จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 18.18) และเชื้อ Klebsiella pneumonia จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 9.09) เก็บตัวอย่างเพาะเชื้อจาก Urine จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 12.73) ตรวจพบเชื้อ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 14.29) และไม่พบเชื้อ จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 85.71) ซึ่งเชื้อที่พบประกอบด้วย เชื้อ

Escherichia coli จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 67.67) และเชื้อ Enterococcus faecalis จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 33.33) เก็บตัวอย่างเพาะเชื้อจาก Hemoculture จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 17.58) ตรวจพบเชื้อ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 31.03) และไม่พบเชื้อ จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 68.97) ซึ่งเชื้อที่พบประกอบด้วย เชื้อ Escherichia coli จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 33.33) เชื้อ Acinetobacter baumannii จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 22.22) เชื้อ Burkholderia pseudomallei จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 22.22) เชื้อ Enterobacter species จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 11.11) และเชื้อ Klebsiella pneumoniae ssp ozaenae จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 11.11) การรายงานผลเพาะเชื้อ Culture Bacteria พบว่า มีการรายงานผลข้อมูลภายใน 7 วัน นับจากวันที่ส่งเพาะเชื้อ จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยพิจารณาจากตัวแปรผลลัพธ์หลักเป็นข้อมูล Binary และตัวแปรที่สามารถนำเข้าสู่โมเดลเพื่อวิเคราะห์ได้ พิจารณาจากค่า p-value ที่มีค่า < 0.25 ได้แก่ เพศ และ อาชีพ โดยทุกตัวแปรไม่มี

ความสัมพันธ์ภายในตัว (Multicollinearity) ซึ่งพิจารณาจากค่า VIF ไม่เกิน 10 ทุกตัวแปร จึงเลือกใช้สถิติ Simple logistic regression และการคัดเลือก final model โดยใช้วิธี (with backward elimination approach) ผลการวิเคราะห์เมื่อควบคุมตัวแปรแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มโอกาสเกิดความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ เพศ โดยเพศหญิงอาจมีโอกาเสียชีวิตจากการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 0.53 เท่าของเพศชาย (95%CI = 0.22 -1.29) และอาชีพ โดยอาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ อาจมีโอกาเสียชีวิตจากการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 7.11 เท่าของอาชีพรับจ้าง (95%CI = 1.12 - 45.11) รองลงมาคือ อาชีพอื่น ๆ อาจมีโอกาเสียชีวิตจากการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 4.03 เท่าของอาชีพรับจ้าง (95%CI = 1.13 - 14.32) อาชีพค้าขายอาจมีโอกาเสียชีวิตจากการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 1.52 เท่าของอาชีพรับจ้าง (95%CI = 0.13 - 17.75) และอาชีพเกษตรกรอาจมีโอกาเสียชีวิตจากการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 0.87 เท่าของอาชีพรับจ้าง (95%CI = 0.25 - 17.75) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n=164)

ตัวแปรปัจจัย	Crude		Adjusted		
	OR	95%CI	OR	95%CI	P-value (LR-test)
เพศ					0.091
ชาย			1		
หญิง	-0.64	-1.47 - 0.20	0.53	0.22 - 1.29	
อาชีพ					0.0037
รับจ้าง			1		
ค้าขาย	0.32	-2.12 - 2.76	1.52	0.13 - 17.75	
เกษตรกร	-0.24	-1.48 - 0.99	0.87	0.25 - 3.03	
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1.99	0.16 - 3.83	7.11	1.12 - 45.11	
อื่น ๆ	1.28	0.03 - 2.53	4.03	1.13 - 14.32	

หมายเหตุ 1 คือ ค่า Reference ของผลการวิเคราะห์ที่ควบคุมตัวแปร

ส่วนที่ 3 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์

ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เน้นผู้ให้บริการเข้าถึงบริการ
เพิ่มขึ้น ลดอัตราการพิการ ลดอัตราการเสียชีวิต และ
เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยหน่วยงานที่
รับผิดชอบหลักคือ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และ
หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม ได้แก่ 1) โรงพยาบาล

ชุมชนทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยที่โรงพยาบาล
ชุมชนทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นหน่วยคัดกรอง
วินิจฉัยโรคเบื้องต้น และประสานส่งต่อให้
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งสามารถวิเคราะห์
กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ใน
จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตาราง 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์

กิจกรรม	ผลการวิเคราะห์
ก่อนการดำเนินการกิจกรรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ปีงบประมาณ 2565	
1. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	- เครื่องมือที่ช่วยในการประเมินผู้ป่วยไม่เพียงพอ เช่น เครื่องตรวจ Lactate และชาว H/C บางโรงพยาบาลไม่มีใช้ และสมรรถนะของห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลชุมชน
2. บุคลากร	- โรงพยาบาลเครือข่ายบางพื้นที่ ขาดบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเฉพาะด้าน ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ซึ่งควรสนับสนุนให้มีผู้รับผิดชอบหลัก Case manager ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
3. Node Strengthening	- โรงพยาบาลเครือข่ายยังขาดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตโดยให้บริการ เตี้ย ICU
4. การ จัด ตั้ง Rapid response system / team (RRS/RRT)	- ยังไม่มีการจัดตั้ง Rapid response system / team (RRS/RRT) ในโรงพยาบาลชุมชน
5. การดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี	- ยังไม่มีตัวชี้วัดและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่ได้รับการประเมินและดูแลรักษาหายขาดได้
ระหว่างดำเนินการกิจกรรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ปีงบประมาณ 2566	
1. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	- มีการดำเนินการตรวจคัดกรอง โดยส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ที่ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และผลการตรวจตอบกลับ ร้อยละ 100 แต่ไม่สนองตอบความ ทันเวลาต่อการวินิจฉัยสำหรับโรงพยาบาลชุมชน - มีการใช้เครื่องมือตรวจ Blood lactate 9/18 โรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน
2. บุคลากร	- โรงพยาบาล Node ทั้ง 4 แห่ง ประกอบด้วย รพ.ภูผามาศ, รพ.สมเด็จ รพ.กมลาไสย และ รพ.ยางตลาด ได้ส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตร การดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 เดือน โดย รพ.กาฬสินธุ์ เป็นครูพี่เลี้ยงและเป็นแหล่งฝึก - มีการทบทวนการใช้ Protocol, CNPG, การใช้ Standard order, การประเมิน EWS โดยใช้ NEWS 2 score และความชัดเจนของ Template KPI กระบวนการ
3. Node Strengthening	- พัฒนาโปรแกรมการจอง ICU เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้า ICU เร็วขึ้น - consult ผ่านทาง Line Application ระหว่างโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เตรียมรับผู้ป่วยได้ ล่วงหน้า และส่ง Admit เร็วขึ้น - มีการจัดประชุม รับฟังปัญหา และข้อเสนอแนะ และผลการดำเนินงาน พร้อมปรับปรุง กระบวนการทำงาน
4. การ จัด ตั้ง Rapid response system / team (RRS/RRT)	- มีการคณะกรรมการพัฒนาระบบ RRS แต่ยังรอประกาศที่ชัดเจน

ตาราง 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์

กิจกรรม	ผลการวิเคราะห์
5. การดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี	- มีแผนการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการโรคตับอักเสบไวรัสซี แต่รอ รพศ. ขอนแก่น ประกาศใช้ร่วมกัน
หลังการดำเนินกิจกรรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ปีงบประมาณ 2567 (ไตรมาสที่ 1)	
1. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	- มีการดำเนินการตรวจคัดกรอง โดยส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และผลการตรวจตอบกลับ ร้อยละ 100 แต่ไม่สนองตอบความทันเวลาต่อการวินิจฉัยสำหรับโรงพยาบาลชุมชน - อัตราการได้รับการตรวจ H/C ก่อนให้ Antibiotic ร้อยละ 90.92 ซึ่งมากกว่าตัวชี้วัดของจังหวัดที่ มากกว่าร้อยละ 90 - อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 91.07 ซึ่งมากกว่าตัวชี้วัดของจังหวัดที่ มากกว่าร้อยละ 90 - อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 91.07 ซึ่งมากกว่าตัวชี้วัดของจังหวัดที่ มากกว่าร้อยละ 90 - ลดอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ≤ 26 ซึ่งน้อยกว่าตัวชี้วัดของจังหวัดที่ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 28
2. บุคลากร	- มีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย กับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อทบทวนการใช้ Protocol, CNPG, การใช้ Standard order, การประเมิน EWS โดยใช้ NEWS 2 score และความชัดเจนของ Template KPI กระบวนการ นอกจากนั้นยังได้มีโครงการจัดประชุมให้ความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Sepsis เบื้องต้นแก่ชุมชน จัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดบูรณาการร่วมกับ Service plan สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาระบบจัดเก็บ/บันทึก/วิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผล กำกับ ติดตามผล การดำเนินงานและคืนข้อมูลเสนอผู้บริหารในวาระการประชุม - อัตราการคัดกรอง Sepsis ด้วย NEWS Score ร้อยละ 89.64 ซึ่งน้อยกว่าตัวชี้วัดของจังหวัดที่ ร้อยละ 100 - อัตราการปฏิบัติตาม Sepsis Protocol ร้อยละ 88.03 ซึ่งน้อยกว่าตัวชี้วัดของจังหวัดที่ ร้อยละ 90
3. Node Strengthening	- การเข้าถึง ICU ของผู้ป่วยมีระบบ Consult ทาง Application line ระหว่างโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เตรียมรับผู้ป่วยได้ล่วงหน้า และส่ง Admit เร็วขึ้น และกำลังพัฒนาโปรแกรมการจอง ICU เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้า ICU เร็วขึ้นตามเกณฑ์คุณภาพ - กำลังอยู่ในระยะพัฒนารูปแบบการจองเตียง ICU จากโรงพยาบาลชุมชนที่เปิด ICU ให้มีความสามารถจองและ Transfer ผู้ป่วยเข้า ICU โดยประสานข้อมูลกับ ER call center และ ICU อายุรกรรม - อัตราการได้เข้ารับการรักษ ใน ICU ภายใน 3 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 26.85 ซึ่งน้อยกว่าตัวชี้วัดของจังหวัดที่ มากกว่าร้อยละ 30
4. การจัดตั้ง Rapid response system / team (RRS/RRT)	การจัดตั้ง Rapid Response System / Team (RRS/RRT) เริ่มดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การค้นหาผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและการให้ยา Vasopressor พร้อมจัดการให้เข้ารักษาใน ICU ระยะที่ 2 เน้นการนำใช้ EWS โดยใช้ NEWS 2 score (National early warning score)

กิจกรรม	ผลการวิเคราะห์
	ระยะที่ 3 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของ Rapid Response Team การดูแลช่วยเหลือแก้ไขผู้ป่วย การบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย Data Center ซึ่งอยู่ในระหว่างทดลองดำเนินการ
5. การดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี	- การดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่ได้รับการประเมินและดูแลรักษาหายขาดได้ ร้อยละ 90 เตรียมดำเนินการ (รอคำสั่งจากกระทรวง)

```

graph TD
    L1[โรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับอำเภอ] --> L2[โรงพยาบาลกาฬสินธุ์]
    L2 --> L3[โรงพยาบาลลูกข่าย]
    L3 --> L1
    
```

- มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเกินศักยภาพแม่ข่าย
 - มีความต้องการ ICU

โรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับอำเภอ

- ระบบ ICU
- ระบบ Lab (lactate Hemoculturer)
- ระบบการรับปรึกษาทั้งทางโทรศัพท์และ Telemedicine

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

โรงพยาบาลลูกข่าย

- ผู้ป่วย sever sepsis มีภาวะโรคร่วมที่รุนแรง (ปรึกษาอายุรแพทย์ โรงพยาบาลแม่ข่ายแล้ว)
- ระบบการบริหารจัดการ ICU ร่วมกันทั้งจังหวัดในภาวะ sepsis หรือ septic shock

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา ในผู้ป่วยทั้งหมด 165 รายพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.64 สอดคล้องกับ วิมลรัตน์ เสนาะเสียง (2565) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (SEPSIS) โรงพยาบาลสมเด็จ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.78⁶ มีอายุ

ต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 50.91 (ค่าเฉลี่ยอายุ 59 ปี SD. = 15.99) สอดคล้องกับ สมไสว อินทะบุบ และคณะ (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 57 ปี⁷ และแตกต่างจากการศึกษาของ วิมลรัตน์ เสนาะเสียง (2565) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.15⁽⁶⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.33 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.24 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ ลัทธิธิดา เจริญพงษ์ (2563) และ กิ่งกาญจน์ หาญลายวง (2563) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน^{8, 9}

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 99.39 ระยะเวลาแรกรับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 75.61 (เฉลี่ย 50 นาที SD. = 94.40) สอดคล้องกับ วิมลรัตน์ เสนาะเสียง (2565) และ เกตุกมล ทิพย์ทิมวงศ์ พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 96.29^(6, 13) ยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่เป็นยา Ceftriaxone ร้อยละ 48.17 และได้รับการตรวจ Hemoculture ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 46.06 และไม่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 53.94 โดยเก็บตัวอย่างเพื่อเพาะเชื้อจาก Sputum ร้อยละ 26.67 ตรวจพบเชื้อ ร้อยละ 25.00 ประกอบด้วยเชื้อ *Acinetobacter baumannii* (ร้อยละ 72.72) เชื้อ MTB Trace Detected ร้อยละ 18.18 และเชื้อ *Klebsiella pneumonia* ร้อยละ 9.09 เก็บตัวอย่างเพื่อเพาะเชื้อจาก Urine ร้อยละ 12.73 ตรวจพบเชื้อ ร้อยละ 14.29 ประกอบด้วย เชื้อ *Escherichia coli* ร้อยละ 67.67 และเชื้อ *Enterococcus faecalis* ร้อยละ 33.33 เก็บตัวอย่างเพื่อเพาะเชื้อจาก Hemoculture ร้อยละ 17.58 ตรวจพบเชื้อ ร้อยละ 31.03 ประกอบด้วย เชื้อ *Escherichia coli* ร้อยละ 33.33 เชื้อ *Acinetobacter baumannii* และเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* อย่างละร้อยละ 22.22 เชื้อ *Enterobacter species* และเชื้อ *Klebsiella pneumoniae ssp ozaenae* อย่างละ

ร้อยละ 11.11 ทั้งนี้การตรวจ Hemoculture และมีการรายงานผลเพาะเชื้อ Culture Bacteria ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ส่งเพาะเชื้อ ร้อยละ 100 ในการศึกษาที่ศึกษาในการสังเคราะห์เฉพาะแรกของการ Admit ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ พิมพมาน รุ่งวิริยะวณิช (2565). พบว่า ได้รับการเจาะเลือดเพาะหาเชื้อ (Hemoculture) ก่อนให้ยาฆ่าเชื้อร้อยละ 98.1¹⁰ ผลการรักษาในครั้งนี้ พบว่า จำหน่ายเสียชีวิต ร้อยละ 21.21 สอดคล้องกับการศึกษาของ โรงพยาบาลอินทร์บุรี เรื่องการติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอินทร์บุรี พบว่า แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือด 435 ราย เสียชีวิต 167 ราย (ร้อยละ 38.00)¹¹

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวิเคราะห์เมื่อควบคุมตัวแปรแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มโอกาสเกิดความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ เพศ โดยเพศหญิงอาจมีโอกาสเสียชีวิตจากการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 0.53 เท่าของเพศชาย (95%CI = 0.22 -1.29) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กิ่งกาญจน์ หาญลายวง (2563) ที่ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย sepsis โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่รอดชีวิตและกลุ่มที่เสียชีวิต พบว่า เพศของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ⁹ และอาชีพ โดยอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อาจมีโอกาสเสียชีวิตจากการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 7.11 เท่าของอาชีพรับจ้าง (95%CI = 1.12 - 45.11) รองลงมาคืออาชีพอื่น ๆ อาจมีโอกาสเสียชีวิตจากการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 4.03 เท่าของอาชีพรับจ้าง (95%CI = 1.13 - 14.32) อาชีพค้าขาย

อาจมีโอกาเสียชีวิตจากการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 1.52 เท่าของอาชีพรับจ้าง (95%CI = 0.13 – 17.75) และอาชีพอัศเจรียงอาจมีโอกาเสียชีวิตจากการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 0.87 เท่าของอาชีพรับจ้าง (95%CI = 0.25 – 17.75)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยในจังหวัดกาฬสินธุ์คือการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งในร่างกายแล้วทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อโรค ทำให้เกิดการอักเสบในอวัยวะภายในของร่างกาย หากรุนแรงมากขึ้นอาจพัฒนาไปสู่ภาวะช็อกและทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายล้มเหลว ซึ่งมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในจังหวัดกาฬสินธุ์ เน้นผู้ให้บริการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักคือ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และหน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม ได้แก่ 1) โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยที่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นหน่วยคัดกรองวินิจฉัยโรคเบื้องต้น และประสานส่งต่อให้โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลของการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถกำหนดรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ได้ ดังต่อไปนี้

1) การวินิจฉัยโรค (Diagnosis): สนับสนุนข้อมูลผลการวิเคราะห์ระบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เพื่อเพิ่มขยาย/สนับสนุนให้มีอุปกรณ์เครื่องมือเทคโนโลยี

ทางการแพทย์ในการตรวจคัดกรอง/วินิจฉัยโรค⁽¹²⁾ สามารถเข้าถึงบริการได้ทันเวลา และลดอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired

2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร: โรงพยาบาลเครือข่ายบางพื้นที่ ขาดบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis จึงควรผลักดันให้มีการจัดอบรมหลักสูตร การดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นครูพี่เลี้ยงและเป็นแหล่งฝึก และมีการทบทวนการใช้ Protocol, CNPG, การใช้ Standard order, การประเมิน EWS โดยใช้ NEWS 2 score และความชัดเจนของ Template KPI เพื่อให้โรงพยาบาลเครือข่ายมีความเข้าใจที่ตรงกัน

3) Node Strengthening: สนับสนุนให้มีการพัฒนาโปรแกรมการจอง ICU เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้า ICU เร็วขึ้น และมีระบบ Consult ทาง Application line ระหว่างโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลชุมชน

4) การจัดตั้ง Rapid response system / team (RRS/RRT): สนับสนุนให้ดำเนินการจัดตั้งคณะทำงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ 5 ที่ตามเกณฑ์ของกระทรวงต้องมีการดำเนินงาน

5) การดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี: สนับสนุนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการโรคตับอักเสบไวรัสซี และการตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรใช้แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ และติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข ให้บรรลุตามตัวชี้วัดของจังหวัด ต่อไป

2. ศักยภาพบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการตรวจคัดกรอง/วินิจฉัยโรค มีความสำคัญอย่างยิ่งในการค้นหาผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาที่รวดเร็ว และถูกต้อง แม่นยำ จึงควรสนับสนุนและผลักดันเรื่องนี้ให้มีความพร้อมภายในจังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งเพื่อวิเคราะห์และหาแนวทางพัฒนาให้การดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อและการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010789>
2. Global Sepsis Alliance. (2022). Sepsis. Retrieved from: <https://www.global-sepsis-alliance.org/sepsis>
3. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. สืบค้นจาก http://data.ptho.moph.go.th/inspec/2562/inspec62_1/9 (14.11.61%20edited).pdf
4. Mackic and Bridges, (2018). CE: Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. AJN, American Journal of Nursing 118(2): 34-39.
5. ศจิรัตน์ โกศล, ประภาพร ชูกำเหนิด และปราโมทย์ ทองสุข, (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 14(1): 97-111.
6. วิมลรัตน์ เสนาะเสียง, (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (SEPSIS) โรงพยาบาลสมเด็จ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ. 8(3): 661-667.
7. สมไสว อินทชูป, ดวงพร โพธิ์ศรี และจิราภรณ์ สุวรรณศรี, (2560). ประสิทธิภาพการใช้ MEWS (SOS Score) ต่อการเกิด Severe Sepsis and Septic Shock ในผู้ป่วย Sepsis กลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 25(1): 85-92.
8. สลลธิดา เจริญพงษ์ และกิตติศักดิ์ ผลถาวรกุลชัย (2563). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารแพทย์ เขต 4-5. 39(4): 542-560.
9. กิ่งกาญจน์ หายลำยวง, (2563). การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในโรงพยาบาลปากเกร็ด. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 10(1): 108-117.
10. พิมพ์มาน รุ่งวิริยะวณิช, (2565). มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40(1): 112-118.
11. โรงพยาบาลอินทร์บุรี. การติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอินทร์บุรี. (ออนไลน์) สืบค้นจาก: <http://www.inb.moph.go.th/MyPDF/8type.pdf>
12. ดรุณี ไชยวงศ์ และคณะ, (2565). การพัฒนาระบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Sepsis and Septic shock) ของจังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 13(2): 57-74.
13. เกตุกมล ทิพย์ทิพย์วงศ์. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe sepsis) ในโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม. (ออนไลน์) สืบค้นจาก: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2564/r2r/MA2564-002-02-0000000163-0000000681.pdf>

ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในพระภิกษุสงฆ์กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

Effects of program to prevent new diabetes in at-risk monks of Debaratana Nakhonratchasima Hospital.

(Received: June 25,2024 ; Revised: June 27,2024 ; Accepted: June 29,2024)

เปรมนิพัช แก้วร่วมเพชร¹

Premnipach Kaewroumphet¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โดยวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงพระภิกษุ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ทำการศึกษาในช่วงเดือน ธันวาคม 2565 - มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 7 เดือน กลุ่มตัวอย่างพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานรายใหม่ จำนวน 30 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน แบบประเมินความพึงพอใจการ เข้าร่วมโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลัง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า พระภิกษุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่ 30 รูป พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความรู้ทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคเบาหวาน และ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ เพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($t = 8.68, 5.83, 3.90$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์, การป้องกันเบาหวานรายใหม่, โปรแกรมป้องกันกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

Abstract

This research was quasi-experimental research. Aim to study results of diabetes prevention program in new at-risk monks. Program of study was health literacy; health behavior and satisfaction score were measured before and after participating in the program among monks at risk. Debaratana Nakhonratchasima Hospital The study was conducted during December 2022 - June 2023, a total of 7 months, in a sample group of 30 monks at risk for new diabetes. The research tools consisted of 1) general information interview 2) Health literacy assessment and diabetes prevention behavior 3) Satisfaction assessment of program. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians and comparing the mean scores before and after with inferential statistics, paired t-test.

The results of the study found that After participate in Program with 7-month for promote health literacy and behavior, it was found health literacy of diabetes prevention and Self-care behavior for diabetes prevention and satisfaction with Increased in every aspect with statistical significance at the .05 level ($t = 8.68, 5.83, 3.90$, respectively).

Keywords: health care of monks, prevention of new diabetes, diabetes risk group prevention program

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์และกำลังส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนทั่วโลก จากข้อมูลผู้ป่วย

โรคเบาหวานขององค์การอนามัยโลกในปี 2565 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั่วโลก มีจำนวนทั้งสิ้น 384 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นอีกเป็น 438 ล้านคนในปี 2573 นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วย

¹ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

โรคเบาหวาน จำนวน 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย โดยเฉพาะเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จะพบผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงที่สุด ถึง 100 ล้านคน¹ โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเศรษฐกิจและสังคมในยุคปัจจุบันส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรัง ต่างๆ เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นรวดเร็ว ปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรค มีหลายอย่าง เช่น กรรมพันธุ์ การบริโภคอาหารเสี่ยง ภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่บริโภคผักผลไม้²

ประเทศไทยในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมทั้งสิ้น 3.5 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีละ 3.5 แสนคนต่อปี ทั้งนี้จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ภายใน 6 ปี พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี 2566 จำนวน 7,826 คน โดยประมาณ จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยประชาชน พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย 35 ปีขึ้นไป พบการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.64 พบในช่วงอายุ 60-69 ปี ส่วนมากเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือทางปลายประสาท และพบว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและสมอง³ โรคเบาหวานเป็นผลกระทบเกี่ยวเนื่องเป็นสาเหตุหลักในสิบอันดับแรก ที่เป็นปัญหาในการบริการภาครัฐ และมีแนวโน้มความต้องการในการบริการจากภาครัฐและเอกชนเพิ่มขึ้นทุกปีในรอบสิบปีที่ผ่านมาปี 2555-2565 เพิ่มขึ้นเป็น 6.50 เท่า การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานในด้านสาธารณสุขในส่วนต่างๆ ยังไม่มีศักยภาพที่เพียงพอที่จะรองรับปัญหาโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทั้งในด้านการควบคุมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจากผู้ป่วยที่เป็นแล้ว การจัดการโรคในผู้ป่วยเองยังไม่ดีพอ⁴

โรคเบาหวานในพระสงฆ์มีแนวโน้มการป่วยเพิ่มขึ้นจากสถิติของโรงพยาบาลสงฆ์ 10 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2565 พบว่าพระสงฆ์ที่เป็นผู้ป่วย

เป็นโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นกว่า 4.6 เท่าตัว ในปี 2565 พบพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3,226 ราย ในปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 4,632 ราย นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาสำคัญในพระสงฆ์ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ 5 อันดับโรคแรก⁵ จังหวัดนครราชสีมาในพื้นที่อำเภอเมือง 8 ตำบล มีวัดทั้งสิ้น 40 วัด มีจำนวนพระสงฆ์ 307 รูป สามเณร 70 รูป มีน้ำหนักเกิน BMI ร้อยละ 42.62 เคยป่วยเป็นโรคทางเดินอาหาร ร้อยละ 32.62 ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.26 และ โรคเบาหวาน 31.26 ตามลำดับ⁶

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการเป็นโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ปรับปรุงและพัฒนางานดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ป้องกันความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน จากการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยคำนึงถึงข้อปฏิบัติ การป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้อาพาตเป็นโรคเบาหวาน ไม่ส่งผลต่อสุขภาพพระสงฆ์ ให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี เป็นที่พึงพอใจให้แก่ประชาชน และสามารถปฏิบัติตนได้ตามวัตรปฏิบัติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพในพระภิกษุเรื่องโรคเบาหวานก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในภิกษุสงฆ์ก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในภิกษุสงฆ์ก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระภิกษุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระภิกษุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ในช่วงเดือน ธันวาคม 2565 - มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 7 เดือน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 100 – 125 mg% โดยคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 รูป และ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ
2. แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โดยดัดแปลงจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 7 ด้าน รวม 44 ข้อ
3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ จำนวน 6 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกำหนดเกณฑ์ของบลูม (Bloom) ในการแปลความหมายของคะแนนรวม เป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100 เปรียบเทียบคะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ คะแนนความพึงพอใจ ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน รายใหม่ ในกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุ 30 รูป พบว่า มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 8 รูป ร้อยละ 26.67 รองลงมา 51-60 ปี จำนวน 6 รูป ร้อยละ 20.00 และ 31-40 ปี จำนวน 4 รูป ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ (Mean $\pm$ SD=56.12 $\pm$ 2.14 ปี, Min 30 ปี - Max 68 ปี) ระดับการศึกษา ส่วนมาก ประโยคเปรียญธรรม 9, ปริญาตรี จำนวน 10 รูป ร้อยละ 33.33 รองลงมา ประโยคเปรียญธรรม 6, มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 6 รูป ร้อยละ 20.00 และ ประโยคเปรียญธรรม 3, มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 รูป ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ระยะเวลาการบวช (พรรษา) ส่วนมาก 1-5 ปี จำนวน 15 รูป ร้อยละ 50.00 รองลงมา 6-10 ปี จำนวน 12 รูป ร้อยละ 40.00 และ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 3 รูป ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ (Mean $\pm$ SD=3.62 $\pm$ 1.26 ปี, Min 6 ปี - Max 11 ปี) การมีโรคประจำตัว ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 18 รูป ร้อยละ 60.00 รองลงมา ไขมันในเลือดสูง จำนวน 8 รูป ร้อยละ 26.67 และ ความดันโลหิตสูง จำนวน 4 รูป ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ จำนวนญาติสายตรงในครอบครัวที่ป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนมากไม่มี จำนวน 14 รูป ร้อยละ 46.67 รองลงมา 1-3 คน จำนวน 12 รูป ร้อยละ 40.00 และ 4-6 คน จำนวน 4 รูป ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกาย ส่วนมากอ้วน จำนวน 18 รูป ร้อยละ 60.00 รองลงมาอ้วนมาก จำนวน 7 รูป ร้อยละ 23.33 และ น้ำหนักปกติเหมาะสม จำนวน 4 รูป ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ

2. โปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ในพระภิกษุ ประกอบด้วย การให้ความรอบรู้ทางสุขภาพในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ 7 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจต่อโรคเบาหวาน การเข้าถึงข้อมูลและบริการต่อโรคเบาหวาน การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญต่อโรคเบาหวาน การจัดการเงื่อนไขต่อโรคเบาหวาน

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศต่อโรคเบาหวาน การตัดสินใจเลือกปฏิบัติต่อโรคเบาหวาน จากนั้นจึงทดสอบพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน รวม 7 ด้าน โดยดัดแปลงจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 วัน การฝึกปฏิบัติจัดทำตารางการออกกำลังกายเพื่อไม่ให้ผิดธรรมเนียม เช่น เดินจงกรม กวาดลานวัด การแกว่งแขน อบรม จำนวน 1 วัน การอบรมความรู้ทางสุขภาพในกิจกรรมรายบุคคลที่พระภิกษุมิโรคนำตัวอยู่แล้วให้เหมาะกับโรค จำนวน 1 วัน การอบรมพระภิกษุร่วมกับ ผู้ประกอบอาหารในวัดและผู้นำอาหารมาถวายวัด และภาคีเครือข่ายที่มาดูแลวัดเป็นประจำให้ใช้เมนูสุขภาพ จำนวน 1 วัน โดยแต่ละโปรแกรมการอบรมต่างกัน โปรแกรมละ 2 สัปดาห์ วัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต้องอบรมครบตามโปรแกรม และติดตามวัดผลครั้งสุดท้ายในเดือนที่ 7 จึงสิ้นสุดโปรแกรม

3. ผลของการใช้โปรแกรม ป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา การเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ความรู้ทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ย 25.16 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ย 4.33 คะแนน

และ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวาน รายใหม่ มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.37 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ดังนี้ ความรู้ทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ย 31.30 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ย 4.54 คะแนน และ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ มีคะแนน ความพึงพอใจเฉลี่ย 4.65 คะแนน ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 28.16 คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 31.30 คะแนน การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความรู้ทางสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.68$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การทดสอบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา (n=30)

รายการ	Mean	S.D.	t	p-value
ความรู้ทางสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	28.16	2.43	8.68	<.001*
ความรู้ทางสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	31.30	2.06		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย

4.33 คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.54 คะแนน การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.83$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การทดสอบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพภายหลังการพัฒนารูปแบบ ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรม ป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา (n=30)

รายการ	Mean	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.33	0.12	5.83	<.001*
พฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.54	0.21		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวาน ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 4.37 คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็น 4.65 คะแนน การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.83$) ดังตาราง 3

ร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 4.37 คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็น 4.65 คะแนน การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.83$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การทดสอบคะแนนความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา (n=30)

รายการ	Mean	S.D.	t	p-value
ความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.37	0.43	3.90	<.001*
ความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.65	0.43		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

พระภิกษุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่ส่วนมากมีอายุ 60 ปีขึ้นไป การศึกษาประโยคเปรียญธรรม 9 หรือ ปริญญาตรี ระยะเวลาการบวช (พรรษา) ส่วนมาก 6-10 ปี การมีโรคประจำตัวส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบคือ ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ญาติสายตรงในครอบครัวที่ป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนมากไม่มี ค่าดัชนีมวลกายส่วนมากอ้วน เนื่องจากพระภิกษุส่วนมากกำลังเข้าสู่ในช่วงวัยสูงอายุ ไม่ค่อยมีโรคประจำตัว ไม่ค่อยพบญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน จะพบบ้างในโรคเรื้อรังบางโรค ประกอบกับมีภาวะอ้วน จึงทำให้เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายใหม่เร็วขึ้น สอดคล้องกับ นพรัตน์ ตรงศูนย์ และ สุดาทิพย์ นพพิบูลย์⁷ และ สอดคล้องกับ พระณัฐวุฒิ พันทะลี⁸

โปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ในพระภิกษุ ประกอบด้วย การให้ความรอบรู้ทางสุขภาพในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ 7

ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจต่อโรคเบาหวาน การเข้าถึงข้อมูลและบริการต่อโรคเบาหวาน การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญต่อโรคเบาหวาน การจัดการเงื่อนไขต่อโรคเบาหวาน การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศต่อโรคเบาหวาน การตัดสินใจเลือกปฏิบัติต่อโรคเบาหวาน จากนั้นจึงทดสอบพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน วัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต้องอบรมครบตามโปรแกรม และติดตามวัดผลครั้งสุดท้ายในเดือนที่ 6 จึงสิ้นสุดโปรแกรม เนื่องจาก การอบรมพระภิกษุสงฆ์ ต้องใช้ความระมัดระวัง และความเข้าใจเป็นอย่างมาก เพื่อไม่ให้ผิดต่อข้อปฏิบัติและธรรมวินัย และต้องใช้กระบวนการยาวนานและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ คมสรรถ ชื่นรัมย์⁹ และ สอดคล้องกับ พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต และคณะ¹⁰ ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา พบว่า ความรู้ทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ

การป้องกันโรคเบาหวาน และ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ เพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการระบวงการดังกล่าวมีระยะเวลาดำเนินโครงการค่อนข้างยาวนาน ร่วมกับการเอาใจใส่ของพยาบาลวิชาชีพในการลงพื้นที่ให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างจริงจัง สอดคล้องกับ สุมาลี วิชัยโย ศิวบูลย์ ชัยสงคราม อรรถวิทย์ เนินซัด¹¹ และ สอดคล้องกับ พิจิตรา ทะเลรัตน์¹² และ สอดคล้องกับ คณิศนันท์ วุฒิสักดิ์สกุล¹³

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในพระภิกษุกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ควรเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง ควรสนับสนุนความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรม และความพึงใจในพระภิกษุสงฆ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายใหม่เป็นสำคัญ

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในภิกษุสงฆ์ อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพพระภิกษุสงฆ์

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเป็นไปในแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยใช้ระยะเวลาการศึกษาเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดการศึกษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ พระภิกษุสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ขอบคุณบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพและบุคลากรในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (2022). The top 10 causes of death. Retrieved February 21, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#.YhJBDXoc8HO>.
2. กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข 2563. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2565, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ:สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ;2560.
4. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังประจำปี 2565. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2565.
5. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรพระภิกษุสงฆ์ (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสมว.). องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2561.
6. โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคเบาหวานจากฐานข้อมูล HDC. 2566.
7. นพรัตน์ ตรงศูนย์ และสุดาทิพย์ นพพิบูลย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน.วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ). 2566;38(1): 126-140.
8. พระณัฐวุฒิ พันทะลี. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน. วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. 2564;1(3): 14-27.
9. คมสรณ์ ชื่นรัมย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของโรงพยาบาลสุรินทร์ ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC). วิทยานิพนธ์คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. 2559.
10. พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ใน

- จังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 2558;22(2): 117-130.
11. สุมาลี วิชัยโย, ศิวบูลย์ ชัยสงคราม, อรรถวิทย์ เนินชิต. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในสถานการณ์หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4): 624-629.
 12. พิจิตรา ทะเลรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ให้ห่างจากโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในเขตจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์สาขาการจัดการสาธารณสุข. วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560.
 13. คณิศร์ วุฒิสักดิ์สกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2561;24(1): 71-83.

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี The Mental Health Promotion Development of the Elderly in the Community, Tron District, Uttaradit Province.

(Received: June 25,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

พีรสันต์ ปั่นทอง¹
Peerasan Pankong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ประกอบด้วย Care manager, Care giver, ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้นำชุมชน, และเจ้าหน้าที่จากเทศบาล, พมจ. และกศน. 5 คน ระยะเวลาดำเนินการเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เวทีประชาคม เสวนากลุ่มย่อย การสังเกต และการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา พบว่า แบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความรู้โรคซึมเศร้าและการส่งเสริมสุขภาพจิต 2) บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายแกนนำ 3) การค้นหา/คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และ 4) การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้พบว่า หลังการทดลอง 1) กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากเครือข่ายแกนนำเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 64.2 เป็นร้อยละ 92.5 3) ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ 42.1 เป็นร้อยละ 90.5

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ, การสร้างเสริมสุขภาพจิต, กระบวนการมีส่วนร่วม, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This research is participatory action research. To develop a model for promoting mental health of the elderly in the community in Tron District, Uttaradit Province. The sample group consisted of 30 people, consisting of Care managers, Care givers, representatives of public health volunteers, community leaders, and 5 officials from the municipality, PMO, and NFE. The implementation period was December 2023 to May 2023. 20134 used in-depth interviews, community forums, small group discussions, observations, and lessons learned. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics. It was found that the model for promoting mental health in the community in Tron District, Uttaradit Province consisted of 1) enhancing knowledge about depression and promoting mental health, 2) roles and responsibilities of the core network. Leading 3) finding/screening elderly people with depression and 4) referring elderly people with depression. When the model was put to trial, it was found that after the experiment 1) the sample group's participation in monitoring depression among people in the area increased significantly ($p < 0.001$) 2) the elderly at risk group Receiving depression screening from the leading network increased from 64.2 percent to 92.5 percent. 3) Elderly people with depression accessed services increased from 42.1 percent to 90.5 percent.

KEYWORDS: Model Development, Mental Health Promotion, Participatory Process, Community

บทนำ

ภาวะซึมเศร้ามักเป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่หลายคนมองข้าม เพราะไม่มีโรคที่แสดงออกทาง

¹ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรอน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ร่างกาย อย่างชัดเจน หากปล่อยไว้นานก็อาจนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ และอาจส่งผลกระทบต่อความสุขในการดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสังเกตอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผ่านวิธีการสังเกตได้ 8 วิธี คือ กินอาหารน้อย เบื่อหน่าย ไม่อยากไปไหน รู้สึกไร้ค่า นอนไม่หลับ หงุดหงิด ฉุนเฉียว บ่นไม่สบาย ทั้งที่ปกติและพูดคุยน้อย¹ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 30 ที่จะพบเจอในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้ามเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด² แม้ว่าภาครัฐบาลไทยมีการออกแบบแผนหรือกฎหมายสิทธิต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่เป็นเพียงมาตรการหนึ่งที่ตีกรอบไว้เพื่อให้สิทธิของผู้สูงอายุยังคงอยู่เพียงเท่านั้น ซึ่งอาจแตกต่างจากสภาพความเป็นจริงที่ยังกลายเป็นปัญหาที่ถูกมองข้าม³ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ระดับความสัมพันธ์ทางสังคมและระดับน้อยที่สุดคือ ด้านจิตใจ⁴ อย่างไรก็ตามกรมสุขภาพจิตจัดทำแผนโครงการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้สูงวัยในชุมชน เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตนเองได้มีความรู้ในการสร้างสุขและเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุตอนปลาย ต้องการให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและญาติผู้ดูแลได้รับการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ดูแลช่วยเหลือทางสังคมและการสร้างพลังใจ เพื่อให้มีระบบการดูแลสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงรวมถึง พัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางใจในวัยสูงอายุและ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งยั่งยืนต่อการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน¹และในแผนรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2562² จัดทำโครงการสร้างสุขภาวะทางใจเพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและความสุข รวมถึงโครงการการพัฒนาสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญต่อการดูแลด้านสุขภาพทางร่างกายและสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุให้เกิดความเข้มแข็งโดยผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมทั้ง การ

สนับสนุนทางสังคมรูปแบบต่าง ๆ ที่พร้อมช่วยเหลือเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นได้จากทั้งปัจจัยจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความพึงพอใจในชีวิต และทัศนคติต่อความตาย ซึ่งเป็นเรื่องของการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสุขทางจิตใจ ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองหรือความคิดมูมมองต่อความตายในห้วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ดังผลการศึกษาที่ของพัชญา คชศิริพงศ์⁵ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าตนเองต่ำหรือปานกลาง เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้จากแหล่งอื่นและพักอยู่ในอาคารสามัญ และมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีรายได้ ไม่มีคุณค่าทัดเทียมกับผู้อื่น ไม่สามารถเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาสถานสงเคราะห์ในการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกในการมองตนเองในแง่ลบและพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำมีคะแนนแสดงถึงภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล ดังนั้น การพัฒนาความรู้สึกยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า เกิดความภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้นและในส่วนของความผาสุกทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้ การสนับสนุนรายได้และการทำงาน จากการศึกษาของศิริราโพ สุวัฒนคุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์⁶ ได้อธิบายว่า ปัจจัยการไม่มีรายได้เป็นประจำของผู้สูงอายุ ซึ่งรายได้มีมาจากเงินเดือน เงินที่ลูกหลานส่งมาให้ หรือเงินที่รับจากการบริจาค ถ้าหากไม่ได้รับเป็นประจำทุกเดือนนั้นจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ประจำเป็นของตนเอง และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ เนื่องจากจะมีความวิตกกังวลทุกชั่วอนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ไม่มีอิสระในการใช้จ่าย ทำให้สูญเสียความมั่นคง ขาดหลักประกันในชีวิต และทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเป็นภาระให้แก่ครอบครัวและสังคม ไม่มีความสุขในการใช้ชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด

จากข้อมูลผู้สูงอายุอำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนด้วยเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q เมื่อพบผลเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะส่งข้อมูลมาให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบด้านการดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลตรอนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการคัดกรองด้วย 9Q และ 8Q เมื่อพบว่า คะแนน 9Q มากกว่า 7 คะแนนจะส่งมาเพื่อเข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลตรอน เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาต่อนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นติดตามและประเมินผล และขั้นการปรับปรุง โดยพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครเยี่ยมบ้านและแกนนำในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน เนื่องจากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผลที่ได้จากการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอย่างครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันใน การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เครือข่ายแกนนำชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ตัวแทนภาคีหลัก 3 ส่วน จำนวน 30 คน ได้แก่ Care manager 5 คน, Care giver 5 คน, ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน, ผู้นำชุมชน 3 คน, และเจ้าหน้าที่จากเทศบาล , พมจ. และกศน. 5 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้นำชุมชนหรือแกนนำชุมชน อาศัยอยู่หมู่บ้าน พื้นที่ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย มีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป การศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาชั้นปีที่หก มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิดและการถามตอบคำถามและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการวิจัย 2) เป็นทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลตรอนและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมหรือไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยจนจบ กระบวนการวิจัย

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการระหว่าง

วันที่ 1 เดือน ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 30 เดือน กันยายน 2566 โดยได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q ที่มีค่าคะแนนมากกว่า 7 มารับบริการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลตรอนและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติประกอบด้วย อายุมากกว่า 60 ปี การประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q มากกว่า 7 คะแนน มีการรับรู้ดี สามารถสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา ตำแหน่งในหน้าที่ ประสบการณ์ทำงานในการทำงาน อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1.2 แบบสอบถามสภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะ แบ่งออกเป็น 4 ด้านๆ ละ 5 ข้อคำถาม คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยแต่ละด้านแบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน)

1.3 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ลักษณะข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ ข้อสรุป และแนวทางเลือกของการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรค การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และ สร้างการมี ส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ด้านองค์ความรู้ในโรคซึมเศร้า (2) ด้านการรับรู้

บทบาทหน้าที่ (3) ด้านคัดกรองและเฝ้าระวัง (4) ด้านการสื่อสารและส่งต่อ

2. แบบบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ เป็นแบบสรุปผลการคัด กรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต(2557) โดยสอบถามอาการในช่วง 2 สัปดาห์วันที่ผ่านมา แต่ละคำถามมีช่องให้เลือกตอบ จำนวน 4 ช่อง ได้แก่ ไม่มีเลย (0 วัน) นานๆ ครั้ง (1-7 วัน) บ่อยครั้ง (8-13 วัน) และเป็นประจำ (ทุกวันหรือ 14 วัน) โดยกำหนดให้แต่ละคำตอบมีค่าคะแนน ดังนี้ ถ้าตอบว่า “ไม่มีเลย” ได้ 0 คะแนน ถ้าตอบว่า “นาน ๆ ครั้ง (1-7 วัน)” ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า “บ่อยครั้ง (8-13 วัน)” ได้ 2 คะแนน ถ้าตอบว่า “เป็นประจำ (ทุกวันหรือ 14 วัน)” ได้ 3 คะแนน แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (9Q) มีคะแนนเต็มอยู่ที่ 27 คะแนน ซึ่งหลังจากที่มีการเก็บรวบรวมและ วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าแล้ว สามารถแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข, 2557) ได้แก่ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก (< 7 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)

3. แบบสอบถามปัจจัยจิตสังคม การรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

3.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว อาชีพ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้

3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย การเห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ ความไม่พึงพอใจในชีวิต และทัศนคติเชิงลบต่อความตาย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเช่นนั้นเลย (1

คะแนน) รู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก (2 คะแนน) รู้สึกเป็นบางครั้ง (3 คะแนน) รู้สึกบ่อยครั้ง (4 คะแนน) รู้สึกตลอดเวลา (5 คะแนน)

3.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ต่อตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ได้นำมาพัฒนาต่อซึ่งสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรับรู้ต่อตนเองโดยผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนแบบสอบถามได้แก่ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ และการรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว โดยลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบ ประกอบด้วย คำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เป็นความจริง (1 คะแนน) จริงเล็กน้อย (2 คะแนน) จริงพอสมควร (3 คะแนน) และจริงมากที่สุด (4 คะแนน)

3.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาปรับเปลี่ยนแบบสอบถามวิจัยของมูจรินทร์ พุทธิเมตตี⁷ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน โดยลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบ จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนเลย (1 คะแนน), ได้รับการสนับสนุนนาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง (3 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนบ่อยครั้ง (4 คะแนน) และได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ (5 คะแนน)

3.5 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเป็นแบบสอบถามผู้ป่วย Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ของ มาโนช หล่อตระกูล⁸ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามธิบดี ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ประกอบไปด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยมาจากข้อต่าง ๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition) โดยเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวัน (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) มีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมของคำตอบจากแบบการประเมิน โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน จากการศึกษาผู้ป่วยไทย โดย ศ.นพ. มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ในปี พ.ศ. 2551 และพบว่าผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research)) แบบแผนหลายระยะหรือหลายช่วง (multi-phase design) เพื่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning = P) 2) การดำเนินกิจกรรมตามแผน (Action; A) 3) การรวบรวมข้อมูล (Observation; O) และ 4) การทบทวนใคร่ครวญหรือไตร่ตรอง (Reflection; R) โดยใช้แนวคิดแนวคิดทฤษฎีของโคเฮนและอัฟ โฟฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) ในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - พฤษภาคม 2567 กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาสภาพปัญหาของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ทบทวนแนวทางรูปแบบเดิมในการเฝ้าระวังวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา โดยการศึกษาทบทวน ประวัติการเจ็บป่วยและการเข้าสู่ระบบการรักษาของกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3 ราย และผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย โดยเน้นศึกษาด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2. วางแผนการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ตามแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัทโฮฟฟ์⁹ ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมในการกำหนดนโยบายและกลุ่มเป้าหมาย การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ จากนั้นร่วมการวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยพิจารณาว่าใครจะทำประโยชน์โดยวิธีใดบ้าง เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนทรัพยากร การบริหารงาน รวมทั้งการประสานงานและขอความช่วยเหลือ (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์โดยร่วมกันวิเคราะห์ การมีระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชนที่ดี ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพจะเป็นอย่างไรบ้าง ทั้งต่อตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงหากไม่มีระบบการเฝ้าระวังที่ดี ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทางบวกและทางลบเป็นอย่างไรบ้าง (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยร่วมกันวางแผน ติดตาม ประเมินผล โดยคำนึงถึงความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectations) ของผู้สูงอายุ

3. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประชุมเพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรค การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำเฝ้าระวังภาวะ

ซึมเศร้า 4 ประเด็น ได้แก่ องค์ความรู้ในโรคซึมเศร้า การรับรู้บทบาทหน้าที่ การคัดกรองและการส่งต่อ

4. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี โดยนำประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มากำหนดรูปแบบและแนวทางการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ตามแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัทโฮฟฟ์ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ขั้นตอนนี้ได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบการแนวทางการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานที่ชัดเจน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เครือข่ายแกนนำลงมือปฏิบัติการตามแนวทางรูปแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น ในด้านการเฝ้าระวังคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง การสื่อสารส่งต่อผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่ระบบการรักษา ใน ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

1. การจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกำหนดบทบาทหน้าที่สร้างความเข้าใจในรูปแบบการติดต่อสื่อสาร การส่งต่อ การ รักษา และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยใช้ระยะเวลาในการอบรม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ความรู้โรคซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาของโรคซึมเศร้าและการส่งเสริมสุขภาพจิต รวมทั้งเสริมสร้างเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทั้งสาเหตุ อาการและอาการแสดง การเฝ้าระวังป้องกันการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 การทบทวนบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของเครือข่ายแกนนำ

รวมทั้งการทบทวน วิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของแกนนำเครือข่ายที่ผ่านมา ได้นำกรณีศึกษาผู้มีภาวะซึมเศร้ามาทบทวนแนวทาง บทบาทหน้าที่ การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ และร่วมกันวิเคราะห์ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของตนเองในการเฝ้าระวัง คัดกรองค้นหาและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

ครั้งที่ 3 การค้นหา/คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยชี้แจงแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฝึกการใช้แบบคัดกรอง ฝึกการใช้คำถามเพื่อประเมินอาการ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม

ครั้งที่ 4 การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสู่ระบบการรักษาและได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยร่วมกันกำหนดช่องทางในการติดต่อสื่อสารและแนวทางการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

ครั้งที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สู่ระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและได้รับการรักษา โดยร่วมกันกำหนดช่องทางในการติดต่อสื่อสารและแนวทางการส่งต่อผู้มีภาวะซึมเศร้า

2. กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบในรูปแบบการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ประธานผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ

3. การปฏิบัติการเฝ้าระวังคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนตามที่ได้รับมอบหมาย

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการประเมินผลและสังเกตการณ์ ของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามสังเกตการปฏิบัติการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของเครือข่ายแกนนำในชุมชนตามบทบาทหน้าที่และ

กลุ่มประชากรเป้าหมายที่รับผิดชอบ โดยลงไปติดตามและร่วมสังเกตการณ์ใช้แบบคัดกรอง และการฝึกทักษะการคัดกรอง เช่น การลงเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ร่วมกับประธาน ผู้สูงอายุในชุมชน การลงไปเยี่ยมผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ร่วมกับผู้นำชุมชน เป็นต้น

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) ขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจัดการประชุมติดตามประเมินผลการคัดกรอง เป็น รายเดือน แบ่งกลุ่มประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนข้อมูลถึงการปฏิบัติการคัดกรอง เฝ้าระวังและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการ ปฏิบัติงาน รวมทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การประสานกลุ่มตัวอย่างวิจัยงานเพื่อขอ อนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือถึง เครือข่าย แกนนำในชุมชนและทีมสหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำ ตัวเองและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึง วัตถุประสงค์ของ การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล กิจกรรมที่ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมในงานวิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถาม ความสมัคร ใจจากกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำ วิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างว่ามีสิทธิ์ที่จะ เข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่เกิด ผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะ เก็บเป็น ความลับ หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่ม ตัวอย่างลงนามในใบ ยินยอมของ ประชากรตัวอย่างในการวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย รวบรวม ข้อมูลส่วนบุคคล การ ทำแบบประเมินต่างๆ ก่อนและหลังการ พัฒนารูปแบบ และเริ่มดำเนินการวิจัยตาม รูปแบบ โดยใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 – พฤษภาคม 2567

5. เก็บบันทึกข้อมูลตาม แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล ก่อนและหลังการวิจัยครบ 5 เดือน นำ ข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา เพื่อทดสอบสมมติฐานและรายงานผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง⁸ ข้อมูลผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และข้อมูลการเข้าถึงบริการ รักษาของผู้มีภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่และข้อมูลความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยเรื่องนี้เสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์เพื่อขออนุมัติการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบาย ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการเก็บชื่อผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ข้อมูลจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงจะให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า (1) การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ สมาชิกในครอบครัวขาดการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 2 ราย ทั้งที่ผู้ป่วยเริ่มมีสัญญาณเตือนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายส่วนกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าสมาชิกครอบครัวสังเกตอาการผิดปกติชัดเจน แต่ไม่นำผู้ป่วยไปรับการรักษา จำนวน 3 ราย 2) การมี

ส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ (Interview) การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ผลจากการพบพบว่าการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชนส่วนมากเป็นการมีส่วนร่วมของ อสม.สาขาสุขภาพจิต ที่มีบทบาทในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนแกนนำอื่นๆยังไม่มีส่วนร่วมที่ชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุ ที่พบว่าส่วนมากยังไม่เคยประเมินและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าเลย และประธาน อสม. พบว่ามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังบ้าง แต่ยังขาดความชัดเจน ต่อเนื่อง และในส่วนของ อสม.สาขาสุขภาพจิต พบว่ามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าค่อนข้างดีมาก แต่ยังขาดความต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง 3) การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พบว่าทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในรูปแบบของการซักประวัติ คัดกรองในสถานบริการเป็นหลัก

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน ในการพัฒนาชุมชนบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญที่ทำให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดีประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีปัจจัยเสริม ได้แก่ เป็นผู้นำที่มุ่งมั่นทัศนคติที่ดีในการพัฒนาชุมชน มีความคิดสร้างสรรค์มีความรู้ด้านสุขภาพ

2.2 อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง ทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล แหล่งข้อมูลหลักซึ่ง ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในชุมชนมีสถาบันการศึกษา โรงพยาบาลตรอน ที่มีแผนนโยบายด้านสุขภาพและให้การสนับสนุนแก่ชุมชนมีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตสร้างชุมชนสุขภาวะ

2.3 ปัจจัยด้านตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย แรงจูงใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ต้องทำมาหากินเป็นชุมชนแออัด สภาพเศรษฐกิจไม่ดีขาดความตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตนเองใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองด้วยวิธีแบบง่าย

2.4 อิทธิพลด้านสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมซึ่งจะส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม และสุนทรียภาพของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีแรงจูงใจและสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้ มากขึ้นในสภาพแวดล้อมที่บุคคล ชุมชนนี้เป็นชุมชนที่มีการจัดกิจกรรมที่มุ่งสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการรณรงค์การรับประทานอาหารที่ปลอดภัย เช่น ปลูกผักในที่แคบ ชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขคอยดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะคอยกำกับติดตามในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดความสุขใจจากการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในชุมชนด้วยกัน เกิดความภูมิใจในการดูแลตนเอง

3. ผลการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนสมาชิกในชุมชนมีความสุขในระดับปกติ คะแนนเฉลี่ย 53.25 และมีคุณภาพชีวิตในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 101.15 จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน (คะแนน 96-130 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี) สมาชิกชุมชนให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด และให้ความสำคัญกับการสื่อสารภายในครอบครัวมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 4 คน รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยไม่กำเริบสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ อย่างมีความสุขสมาชิกในชุมชนยอมรับมากขึ้น ทีมผู้วิจัยชุมชนและนักวิชาการสรุป

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จตลอดจนอุปสรรคในการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต ดังนี้ 1) ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน จะต้องมีความคิดที่ดี มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้ด้านสุขภาพ เป็นผู้นำ มุ่งมั่นปัจจัยด้านบุคคลจะต้องมีการจัดการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง เห็นความสำคัญในการดูแลตนเองมีเครือข่ายที่หลากหลายทั้งสถาบันการศึกษา เครือข่ายทางด้านสุขภาพ มีแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี ชุมชนมีพื้นที่ในการจัดกิจกรรม ชุมชนมีกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีผู้นำกิจกรรม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ 2) อุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ชุมชนขาดความต่อเนื่องในการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ ด้านระบบการเก็บข้อมูล สมาชิกขาดความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิต มีข้อจำกัดเรื่องเศรษฐกิจขาดความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

1. ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในทุกๆด้านเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 2.20 เป็นร้อยละ 4.17 ซึ่งหากพิจารณาการมีส่วนร่วมเป็นรายด้าน 3 ลำดับแรก จะพบว่าด้านการดำเนินงานมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุด คือ จากร้อยละ 2.06 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.81 รองลงมาเป็นด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จากร้อยละ 2.15 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.59 และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จากร้อยละ 2.28 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.68 ตามลำดับ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอ็อปโฮฟ⁹ ทั้ง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making), การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การ

(Implementation), การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละด้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ก่อนการทดลองเช่นกัน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหา ความคิดเห็นมุมมอง จากนั้นได้ร่วมกันระดมความเห็น แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น

2. ความแตกต่างการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก เพิ่มจาก ร้อยละ 2.50 เป็นร้อยละ 95.00 ซึ่งในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันแบบเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล ซึ่งจะทำให้เกิด ความรู้สึกเกี่ยวข้องผูกพันกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการอยู่อาศัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี¹⁰ ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบดังกล่าวส่งผลให้แกนนำมีความรู้และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดีขึ้น ผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการปรับเปลี่ยนที่ดีขึ้น

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์การเข้าถึงบริการการรักษาของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองผู้ที่มีภาวะ

ซึมเศร้าได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษามากกว่าก่อนการทดลอง จากร้อยละ 33.33 เพิ่มเป็นร้อยละ 93.33 อธิบายได้ว่า รูปแบบของการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายแกนนำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาที่ได้มาตรฐานป้องกันการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้กิจกรรมที่สนับสนุนผลลัพธ์นี้ คือ การที่ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผ่านการทบทวนกรณีตัวอย่างในพื้นที่ และชี้ให้เห็นถึงผลเสียที่ตามมาของผู้มีภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาได้ทันทั่วถึง หากปล่อยไว้นาน จะทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำ โดยประยุกต์ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัปโฮฟฟ์⁹ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making), การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation), การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ทั้งในรูปแบบกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการฝึกทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มเป้าหมายจริงในชุมชน ทำให้เครือข่ายแกนนำในพื้นที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนเพิ่มมากขึ้น สามารถตรวจคัดกรอง หากพบผู้มีภาวะซึมเศร้าสามารถสื่อสาร ประสานการส่งต่อสู่ระบบการรักษาได้ทันทั่วถึง ป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ควรมีการส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่อื่นๆภายในอำเภอ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือพื้นที่ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายสูงได้นำรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ มาปรับใช้ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย และรวดเร็วในการส่งเสริมองค์ความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมทั้งระบบการประเมินผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ใช้ในการตอบข้อสงสัยประเด็นต่างๆ ตลอดจนการพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือ และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้าน

สุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมโดยการประสานความร่วมมือกับสถานบริการด้านสุขภาพในพื้นที่

2. ควรมีการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน รวมถึงการใช้แนวคิดทุนทางสังคมโดยเฉพาะทุนทางวัฒนธรรม ความกตัญญูความเป็นเครือญาติยังคงเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนากลไกการป้องกันปัญหาด้านต่างๆกับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2561). ดูแล “ผู้เฒ่า” ห่างไกล “ซึมเศร้า” ไม่ล้ม ไม่ลืม. ค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2565,จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27768>
2. กรมสุขภาพจิต. (2562). สร้างจิตใจที่แจ่มใสให้ผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมทางสังคม. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2566, จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/social-activities-for-elders/?fbclid=IwAR0XEZhB_STA2jNoT4kmW-_sVJHaez2dEESb2D8viouK5SX9-82f1iUg6YM
3. โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4. (2561). โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ... อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2566, จาก: <https://www.paolohospital.com/th-TH/chokchai4/Article/Details/อายุรกรรม/โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ...-อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม>
4. จิรัชยา เกล่าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารราชพฤกษ์, 15 (1), 27-32
5. พัทธยา คชศิริพงศ์. (2553). ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ).
6. ศิริวิภา สุวัฒนคุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์. (2557). การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เวชศาสตร์ร่วมสมัย, 58 (3), 341-353
7. มุจลินทร์ พุทธเมตตา. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
8. มาโนช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (ม.ป.ป). แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
9. Cohen, J. M. Norman, T. and Uphoft, N.T. (N.d.). Rural development Participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation. Rural Development Monograph No.2. Ithaca: Rural Development Committee Center for international Studies, Cornell University
10. นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์. (2552). รูปแบบการอยู่อาศัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of elderly patients with pneumonia and sepsis Kalasin Hospital: 2 case studies.

(Received: June 26,2024 ; Revised: June 29,2024 ; Accepted: June 30,2024)

นิตา ประสานเกษม¹

Nida Prasankasem¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เข้ารับการรักษาที่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ระยะแรก รับ ระยะดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งระยะการวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียน การประเมินอาการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็มในการดูแลผู้ป่วย และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

ผลการศึกษา : จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล ชักประวัติ ประเมินอาการ การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะ ตั้งแต่การประเมิน การคาดการณ์โอกาสเสี่ยง การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ครอบคลุมมีประสิทธิภาพทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดอัตราการเสียชีวิตผู้รับบริการพึงพอใจ บุคลากรมีความปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุ โรคปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study This is a comparative study of 2 case studies to study nursing care of elderly patients with pneumonia and bloodstream infections. Kalasin Hospital Receive treatment at Male medical ward, Kalasin Hospital. Since the first period of receiving Continuous care period Until the distribution planning period Gather information from patients Relatives and medical records Evaluating symptoms, taking history, and examining the body to identify problems. patient needs. To use data to formulate nursing diagnoses. nursing care plan Using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health plans. Orem's theory of self-care in caring for patients and nursing results are continually evaluated. until the patient returns home.

Results: From the study of the two case studies, it was found that nurses play an important role in patient care. From gathering information, seizure history, evaluating symptoms, and monitoring patient symptoms. Organizing nursing activities to meet the needs and problems of each patient. Therefore, nurses must have competency. Since the evaluation Forecasting risk opportunities Coordinating with the multidisciplinary team, providing information so that patients receive prompt medical care. Comprehensive, efficient, timely To keep patients safe, reduce death rates, and service recipients are satisfied. Personnel are safe.

Keywords: nursing, elderly patients, pneumonia, sepsis

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.

2560 - 2562 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 45.3, 45.2 และ 53.3 ตามลำดับ¹ จัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประเทศไทย เป็นโรคพบได้บ่อยในกลุ่ม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผู้สูงอายุ สาเหตุการเกิดโรคปอดอักเสบส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา ของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง บริเวณเนื้อปอดส่วนหลอดลมฝอยเนื้อเยื่อรอบถุงลม ในกลุ่มผู้ป่วยวัยสูงอายุมักพบโรคปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspiration pneumonia) เกิดจากกลไกการตอบสนองต่อการไอและการขย้อนอาหารลดลงเกิดการสำลักอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจได้ง่าย ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอด การดำเนินของโรคเกิดขึ้น 1 วันหลังได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ถุงลมและเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว หลอดเลือดฝอยของปอดที่ผนังถุงลม (Pulmonary capillary) ขยายตัวและหดเล็กลงตามมา การอักเสบของปอดทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ อาการสำคัญคือ มีไข้ ไอมีเสมหะสีเหลืองเขียว และหายใจเหนื่อย อาการเฉียบพลันและรุนแรงมากขึ้นพัฒนาเป็นภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างถุงลมกับหลอดเลือดลดลงจนค่าความดันก๊าซออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Partial pressure of oxygen: PaO₂) ลดลงหากค่าต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทเรียกว่า ภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันชนิดพร่องออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Acute hypoxemic respiratory failure) แสดงอาการ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วและเต้นผิดจังหวะ ความรู้สึกตัวลดลงส่งผลให้อวัยวะสำคัญทำงานล้มเหลวนำไปสู่การเสียชีวิต ต้องรีบได้รับการรักษาโดยการใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ²

จากสถิติของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมารักษาเป็นอันดับหนึ่งของการส่งผู้ป่วยเข้ามารักษา ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 261, 352, 257 ตามลำดับ³ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาส่วนมากจะใช้เครื่องช่วยหายใจ มีประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมด พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษา สามารถวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล ทีมวิชาชีพ เพื่อนำแนวทางไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือดจากกรณีศึกษา 2 ราย ซึ่งเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในเดือนมกราคม 2567 โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติการตรวจร่างกายและแบบประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต กึ่งวิกฤตและเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย 3) แบบบันทึกแบบแผนสุขภาพ 4) แบบบันทึกวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อายุ	87 ปี	85 ปี
วันรับการรักษา	18-24 มกราคม 2567	19-23 มกราคม 2567
ระยะเวลาอน โรงพยาบาล	6 วัน	4 วัน
อาการสำคัญ	รับส่งต่อจากรพ.สามชัย หายใจหอบเหนื่อย เป็น ก่อนมา รพ. 1 ชั่วโมง	รับส่งต่อจากรพ.ห้วยผึ้ง หายใจหอบ เป็นก่อนมา รพ. 1 ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 วันก่อนมา ปัสสาวะแสบขัด 1 ชั่วโมงก่อนมา ใช้ หนามวสัน ส่งตัวมารักษาที่รพ.กส ถึง ER หายใจ หอบ On ETT ขนาด 7 มิลลิเมตร ลึก 18 เซนติ เมตร	2 วันก่อนมา หายใจหอบ ไอมีเสมหะ สีขาวขุ่น รักษาที่คลินิก 1 วันก่อนมา ไอมากขึ้น อาการไม่ดีขึ้น จึงไปรักษาที่รพ.ห้วยผึ้ง ด้วยอาการหายใจหอบ อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที, O ₂ saturation 90 % On ETT และส่งตัวมารักษาที่รพ.กส
ประวัติการเจ็บป่วยใน อดีต	มีโรคประจำตัวเบาหวานประเภทที่ 2 ความดัน โลหิตสูง ไตวายระยะที่ 3	มีโรคประจำตัวโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ขาดยา 1 ปี) ความดันโลหิตสูง
ประวัติ แพ้ยาและสาร เสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา เลิกบุหรี่ มา 10 ปี ปฏิเสธดื่ม สุรา	ปฏิเสธการแพ้ยา เลิกบุหรี่ มา 5 ปี ปฏิเสธดื่มสุรา
การตรวจร่างกายแรก รับ	ชายไทย รู้ตัวดี ตาตัวเหลือง S: หายใจหอบเหนื่อย O: หายใจหอบ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที, O ₂ saturation 90 % On ETT ขนาด 7 มิลลิเมตร ลึก 18 เซนติเมตร retain NG tube : coffee ground 10 ml, retain urine catheter : urine ออกดีดสาย Lung: Creptitation, wheezing both lung Extremities: no pitting edema Heart: regular, no murmur Neuro signs: E ₄ V ₊ M ₆	ชายไทย รู้ตัวดี On ETT ขนาด 7 มิลลิเมตร ลึก 18 เซนติเมตร retain NG tube : coffee ground 10 ml, retain urine catheter : urine ออกดีดสาย Lung: poor air entry both lung Extremities: no pitting edema Heart: regular, no murmur Neuro signs: E ₄ V ₊ M ₆
CXR	infiltration both lung	infiltration both lung
การวินิจฉัยแรกรับ	UTI Sepsis Pneumonia Respiratory Failure	COPD Pneumonia Respiratory Failure
สัญญาณชีพแรกรับ	อุณหภูมิกาย 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที (เครื่องช่วย หายใจ) ความดันโลหิต 149/87 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที (เครื่องช่วย หายใจ) ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท
การวินิจฉัยสุดท้าย	Pneumonia	Pneumonia
การรักษา	On ETT ใช้ ventilator แรกรับ ให้ Tazocin 4.5 gm. IV ทุก 6 ชั่วโมง เจาะ CBC, BUN Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO ₄ , LFT, PT, PTT, INR, Miliolid titer, UA, Urine culture, Hemoculture CXR, EKG 12 leads NSS 1,000 ml rate 80 ml/hr. พ่น Beradual 1 NB และ Ventolin NB พ่น ทันทีและทุก 6 ชั่วโมง Blender rice diet (1:1) 200 ml ทุก 6 ชั่วโมง วันที่ 22 มกราคม 2567 สามารถหย่าเครื่องช่วย หายใจ	On ETT ใช้ ventilator แรกรับ ให้ Fortum 2 gm. IV ทุก 8 ชั่วโมง Azithromycin 500 mg. stat และวันละครั้ง Dexamethasone 4 mg. IV ทุก 6 ชั่วโมง เจาะ CBC, BUN Cr, Electrolyte CXR, EKG 12 leads NSS 1,000 ml rate 60 ml/hr. พ่น Beradual 1 NB และ Ventolin NB พ่นทันที และทุก 6 ชั่วโมง Seretide MDI 4 puff เข้า เย็น Theodur 1 เม็ดรับประทานเช้า เย็น Blender rice diet (1:1) 200 ml ทุก 6 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	วันที่ 24 มกราคม 2567 จำหน่ายโดยแพทย์ อนุญาต	วันที่ 22 มกราคม 2567 สามารถหย่าเครื่องช่วย หายใจ วันที่ 23 มกราคม 2567 จำหน่ายโดย ส่งต่อกลับ รับยาปฏิชีวนะที่รพ. ห้วยผึ้ง
อาการก่อนจำหน่าย	รู้สึกตัวดี หายใจได้เองปกติ ไม่หอบเหนื่อย ไม่ไอ ไม่มีไข้ อ่อนเพลียเล็กน้อย จำหน่ายโดยแพทย์ อนุญาต	รู้สึกตัวดี หายใจได้เองปกติ ไม่หอบเหนื่อย ไม่ไอ ไม่มีไข้ อ่อนเพลียเล็กน้อย ส่งต่อกลับรับยาปฏิชีวนะที่ รพ. ห้วยผึ้ง

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิด
แบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพของ
กอร์ดอนสามารถนำมาเขียนปัญหาทางการ
พยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์
สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาล

ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมิน
ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
ปราศจากภาวะแทรกซ้อน คลายความวิตกกังวล มี
ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพใน
การดูแลรักษาต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนจำหน่าย
เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลตัวเองได้
และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
1. มีภาวะหายใจ ล้มเหลว	1. มีภาวะหายใจ ล้มเหลว	1. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) ให้ ตรงตาม ตำแหน่งที่ ระบุไว้ในบันทึกทางการพยาบาล 2. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ และติดตามค่าปริมาตรปอด (Tidal volume) สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น อาการ หายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือ ปลายเท้า เยื่อเมือกซีดเขียว 3. ดูแลการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ระดับสูง (High PEEP) ตามแผนการ รักษา โดยต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เช่น ความดันโลหิตต่ำจากการมี ความดันในทรวงอกเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้ลดลง ถุงลมแตก (Pneumothorax) เป็นต้น 4. ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ เกี่ยวข้อง เช่น ABG, Chest X-ray เป็นต้น 5. ดูแลการให้สารน้ำและอาหารอย่างถูกต้องตาม แผนการรักษาของแพทย์ 6. ดูแลการให้ยาตามแผนการรักษา และปรับลด หรือเพิ่มตามแผนการรักษา และ ประเมินอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา 7. ดูแลการให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา 8. ประเมินและบันทึกการสลายน้ำเข้า - ออก จากร่างกายทุก 8 ชั่วโมงหรือตามแผนการ รักษาของแพทย์ 9. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาที ในช่วง แรก จากนั้นปรับเป็นทุก 1 ชั่วโมง เมื่อไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ
2. มีภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือด		1. ชักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บเลือดส่งตรวจและเพาะเชื้อ 2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรก ที่ให้สารน้ำทุกๆ 30 นาทีในช่วงที่ 2 แล้วทุกๆ 4 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		3. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข 4. ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด ภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเทคนิคปลอดเชื้อ 5. ลดการแพร่ระบาดของเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ การส่งตรวจเพาะเชื้อ 6. บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต 7. ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยรักษาความสะอาดของปากและฟันเช็ดทำความสะอาดร่างกาย 8. ติดตามผลโลหิตวิทยาโดยดูจากเม็ดโลหิตขาว (WBC) และค่านิวโตรฟิล (neutrophil) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ 9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Tazozin 4.5 กรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
	3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลม	1. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม Beradual 1 NB พ่นทันทีและทุก 6 ชั่วโมง Ventolin NB พ่นทันทีและทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ปวดศีรษะมาก ใจสั่น ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว หดสติ ถ้าพบอาการดังกล่าวให้การช่วยเหลือตามขอบเขตแห่งวิชาชีพและรายงานแพทย์ทราบ 2. ดูการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ และติดตามค่าปริมาตรปอด (Tidal volume) สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น อาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือ ปลายเท้า เยื่อปมูวหนัง ซีดเขียว เป็นต้น หากพบอาการดังกล่าวรีบรายงานแพทย์เวรทราบ 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นและปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้น 4. ใช้หูฟังตรวจสอบเสียงการหายใจที่ปอด เพื่อประเมินความผิดปกติจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากเสมหะอยู่ในหลอดลมปอดหรือถุงลมปอด
4. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาประสิทธิภาพ การหายใจลดลงจากการติดเชื้อของปอด	4. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาประสิทธิภาพ การหายใจลดลงจากการติดเชื้อของปอด	1. ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของ ท่อช่วยหายใจ และตรวจวัด Cuff pressure ระหว่าง 20-30 cmH₂O อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันท่อเลื่อนหลุดและการกดเบียดของหลอดลม 2. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ดูดูแลตามข้อบ่งชี้ ประเมิน สี ลักษณะ และจำนวน ของเสมหะ 4. ประเมินสภาพผู้ป่วย สัญญาณชีพ สัตว์ O₂ sat ระดับความรู้สึกตัวลักษณะการหายใจว่าสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ หรือไม่ 5. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น พยาบาลประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการถอดท่อช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติ Weaning protocol ของโรงพยาบาล 6. ให้การดูแลภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนจาก High-low nasal cannula อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย 7. ขณะได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะเองหรือดูดเสมหะทางปาก เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ ประเมินและบันทึกลักษณะสีและจำนวนเสมหะ หากผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา 8. ตรวจสอบการตั้งค่า FIO₂ และค่า Total flow ตามแผนการรักษา ความชื้นที่อุณหภูมิระหว่าง 34 - 36 องศาเซลเซียส และผู้ป่วยปิดปากให้สนิทเพื่อให้ได้ความ

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		เข้มข้นของออกซิเจนและความชื้นที่เพียงพอประเมินอาการและสัญญาณชีพทุก 1 - 2 ชั่วโมง 9. ติดตามฟังเสียงปอด ลักษณะเสมหะและผลตรวจเอกซเรย์ร่วมกับติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะเพื่อติดตามการติดเชื้อที่ปอด 10. จัดทำนอนผู้ป่วยอยู่ในท่าหน้าตรงหนุนหมอนให้คอหนุนเล็กน้อย ศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศาเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัว ได้ดีขึ้น
5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	1. ทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันด้วยขนแปรงอ่อน ทุก 12 ชั่วโมง ประเมินความผิดปกติภายในช่องปากกรณีไม่มีข้อห้าม จัดทำศีรษะสูงให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง 2. ประเมินความดันของกระเปาะหลอดลมคอต่อช่วยหายใจ (Cuff pressure) ตรวจวัดความดันในกระเปาะหลอดลมคอต่อช่วยหายใจ ให้อยู่ในช่วง 20 - 30 cmH₂O โดยการตรวจวัดทุก 8 ชั่วโมง 3. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการระบายอากาศที่ดีขึ้น ป้องกันการสำลักสารคัดหลั่งเข้าสู่ปอดและลดการสำลักน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร กรณีไม่มีข้อห้าม พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และจัดหมอน Support บริเวณหลังและสะโพกให้เพียงพอ 4. ดูแลตำแหน่งท่อทางเดินหายใจ และสายเชื่อมต่อเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้งในขณะจัดทำนอนและพลิกตะแคงตัวให้ 5. ประเมินอาการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูดเสมหะ 6. ตรวจสอบว่าสายให้อาหาร อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ให้อาหารทางสายยางในปริมาณที่พอเหมาะ เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารเข้าสู่หลอดลม 7. เปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ (ได้แก่ สายต่อเครื่องช่วยหายใจและ exhalation valve และเครื่องพ่นไอน้ำ) เมื่อเห็นว่าสกปรกหรือการทำงานไม่ปกติ ติดตามเทน้ำที่ตกค้างใน สาย เครื่องช่วยหายใจออกอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะก่อนเปลี่ยนทำผู้ป่วยทุกครั้ง โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกครั้งในการเทน้ำออก ระบายทิ้งเป็นพิเศษไม่ให้น้ำไหลเข้าทางผู้ป่วยและ inline nebulizers 8. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ใช้ Weaning protocol ของโรงพยาบาล
6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	1. ล้างมือและสวมถุงมือก่อนสัมผัสสายสวนและเทปัสสาวะ วางถุงปัสสาวะต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ และสูงกว่าพื้น 6 นิ้ว 2. ดูแลสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับให้อยู่ในระบบปิด ยึดตรึงตำแหน่งบริเวณหน้าท้อง และเปลี่ยนตำแหน่งวันละ 2 ครั้ง 3. เก็บตัวอย่างปัสสาวะโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ 4. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำ และสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและหลังขับถ่าย 5. หลังดูแลสายสวนหรือเทปัสสาวะให้ล้างมือ
7. ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงของลูกคามชีวิต	7. ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงของลูกคามชีวิต	1. ประเมินความวิตกกังวลของญาติ 2. เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย 3. เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างผู้ป่วย/ญาติและแพทย์ในการให้ข้อมูลแนวทางการรักษาพยาบาลการดำเนินของโรครวมถึงแนวทางในการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกรับรู้ความเครียดหรือความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลหรือข้อสงสัย รับฟังและอธิบายแผนการรักษาพยาบาลอาการเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		ของผู้ป่วยในแต่ละวันให้เข้าใจ รวมถึงการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย 5. การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงประสานงานให้แพทย์ได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ 6. ให้การพยาบาลแต่ละครั้ง อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและอธิบายอาการปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ 7. เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมนอกเวลาได้ตามความเหมาะสมและแนะนำญาติถึงช่องทางการติดต่อกับเจ้าหน้าที่พยาบาล
8. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	8. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	1. ประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้านโดยการโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยในเรื่องโรคปอดอักเสบ การดูแลรักษา การป้องกันโรคการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 2. ให้ข้อมูลการดูแลรักษาการป้องกันโรคปอดอักเสบ อาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติ 3. ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยใช้หลัก D-METHOD โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินของโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบจากการสูดสำลักซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันการสำลักอาหารที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค M-Medicine แนะนำการรับประทานยาที่ผู้ป่วยได้รับ ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ ยาเตือนให้ญาติดูแลการรับประทานยาฆ่าเชื้ออย่างต่อเนื่องจนหมด E-Environment แนะนำญาติจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก T-Treatment เปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา โดยหลังจากสามารถหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ เปลี่ยนเป็น High-flow nasal cannula และเปลี่ยนเป็น Nasal cannula ต่อมาหยุดการใช้ออกซิเจน และหายใจได้เองพยาบาลอธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมา พบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง ไอ มีเสมหะ และหายใจหอบเหนื่อย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 รายการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้การประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนเป็นกรอบในการประเมิน ทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวม และสามารถระบุข้อวินิจฉัยการ พยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ถึงการวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลอย่างชัดเจน⁴ ซึ่งจากข้อมูลการดูแลรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าได้รับการ

วินิจฉัยเหมือนกันคือ ปอดอักเสบ และมีการรักษาการแพทย์ที่เหมือนกันคือการใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่ทั้ง 2 รายเหมือนกันคือเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่มีปัจจัยต่อการเกิดปอดอักเสบ แต่พบว่ามีอาการนำและความรุนแรงที่มาโรงพยาบาลแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาลวินิจฉัยด้วยปอดอักเสบร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อมาถึงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาโรงพยาบาลวินิจฉัยด้วยปอดอักเสบร่วมกับภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมด้วยภาวะหายใจล้มเหลว ใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อจากโรงพยาบาล

ชุมชน จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่พบ มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องวิเคราะห์จากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการคาดการณ์ การประเมิน การเฝ้าระวังอาการ⁵ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแล จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมิน คัดกรอง และวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับทีมสุขภาพ และทั้งสองรายมีภาวะแทรกซ้อนเหมือนกันคือภาวะหายใจล้มเหลว แต่ในกรณีศึกษาที่ 1 จะมีความรุนแรงมากกว่า ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งด้านพยาธิสภาพของโรคและโรคร่วมคือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และด้านตัวผู้ป่วยเองที่ขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง การขาดยาควบคุมโรคร่วมเป็นเวลา 1 ปี รวมถึงการรับรู้สถานะของโรค ไม่ทราบอาการที่ต้องรีบไปพบแพทย์หรือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นต้นจึงทำให้ กรณี ศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่ รุนแรงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้มีระยะเวลาในการรักษานานกว่า และมีค่าใช้จ่ายและใช้ทรัพยากรในการรักษามากกว่า ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติโรคร่วมคือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการเสริมพลังจากทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ ประเมินปัญหา ความต้องการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถดูแลตนเองได้ ป้องกัน

การกลับมาอนโรงพยาบาลและเพื่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว⁶

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการพยาบาล ควรมีการทบทวนความรู้เรื่องโรค พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการประเมิน การคาดการณ์ความเสี่ยง การเฝ้าระวังและการวางแผนการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน โดยการศึกษาหาความรู้ด้วยศึกษาจากตำรา การศึกษาอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย การทบทวนเมื่อมีอุบัติการณ์
2. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่ผ่านมามีผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปัญหามากน้อยแตกต่างกันไป ในขณะเดียวกันมีพยาบาลที่จบใหม่ทุกปีซึ่งเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วย มีปัญหาในการปฏิบัติงานเนื่องจากการขาดประสบการณ์ เช่น การให้การดูแลผู้ป่วยหรือการให้คำแนะนำ เป็นต้น ควรมีการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ
3. จัดทำแนวทางประเมิน Early Warning Signs ในผู้ป่วยปอดอักเสบก่อนเข้าสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติตามเกณฑ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ครอบคลุมและได้รับการรักษาด้วยความถูกต้องรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558:Public Health Statistic A.D.20 15 .กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด ,2559:79-145.
2. Arayasukawat, P., So-Ngern, A., Reechaipichitkul, W., Chumpangern, W., Arunsurat, I., Ratanawatkul, P., & Chuenok, W. (2021). Microorganisms and clinical outcomes of early-and late-onset ventilator-associated pneumonia at Srinagarind Hospital, a tertiary center in Northeastern Thailand. BMC Pulmonary Medicine, 21(1), Article 47. <https://doi.org/10.1186/s12890-021-01415-8>
3. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สรุปรายงานตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2564-2567. กาฬสินธุ์ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2567.
4. Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill.

5. ณัฐยา ระวิงทอง (2564) การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36(4): 347-355.
6. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.

การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

Development of stroke patients intermediate care discharge planning program of Nong Khai Hospital, Nong Khai Province.

(Received: June 27,2024 ; Revised: June 29,2024 ; Accepted: June 30,2024)

ชุตินา ลิมประยูร¹

Chutima Limprayoon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลหนองคาย ทำการศึกษาในช่วงเดือน มกราคม-มิถุนายน ปี 2566 ประชากรคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 468 คน และญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ผ่านโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จำนวน 60 คน 2) ญาติผู้ดูแล จำนวน 60 คน 3) ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความพร้อมการดูแล แบบประเมินความเครียด แบบเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนและการรักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ภายหลังการจำหน่ายครบ 1 เดือน พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จำนวน 60 ราย มีภาวะแทรกซ้อน ลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับโปรแกรม ร้อยละ 56.67 การกลับมารักษาซ้ำ ลดลง ร้อยละ 43.33 การทดสอบคะแนนความพร้อมมีคะแนนเพิ่มขึ้นภายหลังการเข้าโปรแกรมจาก 3.32 คะแนน ภายหลังมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.69 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.42$) การทดสอบคะแนนความเครียดก่อนเข้าโปรแกรม มีค่า 4.62 คะแนน ภายหลังการใช้โปรแกรมมีค่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยลดลง 1.50 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดต่อการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.84$)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง, การพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่าย, การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research is action research. Aim to develop and implement for stroke patients intermediate care discharge planning program in Nong Khai Hospital. Study during the month January-June 2023. The population consisted of 468 stroke patients intermediate care and their relatives and caregivers. The sample group consisted of 1) 60 patients with stroke patients intermediate care and passed the discharge planning program, 2) 60 relatives and caregivers, 3) Multidisciplinary care team 28 people. Research tools consisted of an interview form, an assessment form. readiness for care Stress assessment form Data collection form for complications and repeat treatments Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians, and qualitative content analysis. The results of the study found after participation in the discharge planning program After 1 month of discharge, it was found that 60 patients in the group participating in the discharge planning program had complications. 56.67% decreased than the group that did not enter the program. Recurring treatment decreased by 43.33%. The readiness score test increased after entering the program from 3.32 points, after which the average score was 4.69 points, tested with paired t statistics. -test found a statistically significant increase at the .05 level ($t = 2.42$). Testing the stress score before entering the program had a value of 4.62 points. After using the program, the average stress score decreased by 1.50 points. Tested with paired statistics. The t-test found that the average stress score on caregiving decreased at a statistical significance of .05 ($t = 2.84$).

Keywords: Intermediate care stroke, development of discharge planning program, nursing care for stroke patients

¹ โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลก ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากมักมีความพิการ ด้านการทรงตัว ด้านการเคลื่อนไหว ด้านระบบประสาท และเป็นปัญหาภาวะพึ่งพิงตามมา¹ ปัจจุบันทั่วโลกพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประมาณ 15 ล้านคนทั่วโลก จากสถิติพบว่าประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 -2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 330, 332, 336 ต่อประชากรแสนคน การเสียชีวิต ร้อยละ 11.00, 11.02, 12.25 ตามลำดับ² ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 4 เท่านั้นที่เข้ารับการรักษได้ทันช่วง Golden period จึงจะหายดีและเป็นปกติ

การวางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วยที่ดีก่อนกลับบ้าน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จะทำให้ผู้ป่วยลดภาวะพึ่งพิงลงได้ โดยกำกับติดตาม ดัชนีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ให้ผ่าน วางแผนติดตามร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ญาติผู้ดูแล ครอบครัว อสม. และผู้นำร่วมกับชุมชน จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดการเป็นผู้ป่วยติดเตียง และสามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงชีวิตปกติเดิมของผู้ป่วยเอง ลดงบประมาณด้านการรักษาของผู้ป่วยและของภาครัฐ การวางแผนจำหน่ายต้องอาศัยบุคลากรที่มีทักษะ มีความรู้ และมีประสบการณ์ร่วมกับญาติผู้ดูแล รวมไปถึงการร่วมมือกันกับผู้ป่วย³ การวางแผนจำหน่ายเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ โดยการเสริมสร้างให้มีความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เกิดขึ้นหลังการประเมินปัญหาและวินิจฉัยปัญหาแล้วรวบรวม ข้อมูลนำมาใช้วางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล โดยการดูแลในลักษณะกิจกรรมการพยาบาล ตามโปรแกรม D-M-E-T-H-O-D³ โดยต้องคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลหนองคาย ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง 468 คน แบ่งเป็นประเภท Traumatic Brain Injury จำนวน 59 คน Fragility hip fracture จำนวน 91 คน และ Spinal Cord Injury จำนวน 14 คน และประเภทอื่นๆ 304 คน จากสถิติพบว่าในปี 2564-2566 พบอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 440, 429 และ 468 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราการตายที่ปี พ.ศ.2564 – 2566 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับร้อยละ 47.32, 60.05 และ 79.88 ตามลำดับ⁴จากการวิเคราะห์พบว่า อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี การคัดกรองดัชนีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ในระบบยังคงไม่ครอบคลุม การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านไม่ครบถ้วน และยังคงพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และไม่มีโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่เป็นแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลหนองคาย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม มีโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลหนองคาย
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลหนองคาย
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลหนองคาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาใน โรงพยาบาลหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 468 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ผ่านโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จำนวน 60 คน 2) ญาติผู้ดูแล จำนวน 60 คน 3) ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ 3 คน เภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน นักโภชนาการ 3 คน และนักกายภาพบำบัด 8 คน แพทย์แผนไทย 4 รวมสหวิชาชีพ จำนวน 28 คน โดยได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่ม ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ญาติผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการวางแผนจำหน่าย แบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินความพร้อมการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความเครียดการดูแลผู้ป่วย แบบเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อน และแบบเก็บข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำภายหลัง 1 เดือน

ขั้นตอนของการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ ศึกษากระบวนการ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ปัญหาความต้องการของบุคลากร สังเกตการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมวิเคราะห์สรุปประเด็น ปัญหาความต้องการผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ปัญหาการวางแผนจำหน่าย ความต้องการของบุคลากร นำเสนอ ต่อคณะกรรมการทีมผู้บริหาร ทีมคลินิก กำหนดประเด็นการพัฒนา โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย วางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การ

สังเกต (Observing) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) ดำเนินการในช่วงเดือน มกราคม-มิถุนายน ปี 2566 รวมระยะเวลา 6 เดือน สะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พัฒนาทักษะการวางแผนจำหน่ายในบุคลากร โดยจัดประชุมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย จะได้รับการดูแลตามกิจวัตรปกติของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การให้ความรู้ ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย แก่ญาติผู้ดูแลเป็นเวลา 3 วัน ในวันจำหน่ายกลับบ้าน โดยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประเมินความพร้อมในการดูแล ประเมินความเครียดจากการดูแลโดยตรง จากนั้นจึงทำการประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อน ปอดบวม แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาตามนัด ประเมินญาติผู้ดูแลเรื่อง ความพร้อมในการดูแล ความเครียดจากการดูแลโดยตรง และผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดและการกลับมารักษาซ้ำตามแบบประเมินที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แผนผังการไหลของงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล การวิเคราะห์และถอดบทเรียนจาก กระบวนการพัฒนา และประเมินผล การมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ การวางแผนการดำเนินงานตามแผน ความคิดเห็นร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาปฏิบัติกิจกรรมตามแผน และมีการสะท้อนผลการปฏิบัติสรุปบทเรียนจากการปฏิบัติเป็นระยะ ปรับปรุงวิธีปฏิบัติในวงจรใหม่ที่เหมาะสม ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานความสำเร็จของงานเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยมีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการ

สัมภาษณ์ สังเกต สทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอึดตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโรงพยาบาลหนองคาย

จากการทำกิจกรรมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ในเชิงคุณภาพ พบว่า บุคลากรยังขาดโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่เป็นโปรแกรมเดียวกันพยาบาลยังไม่ได้ผ่านหลักสูตรการอบรมพยาบาลฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย ขาดการสื่อสารกันภายในทีมวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ขาดการประสานหลังวางแผนจำหน่ายการส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน ร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 305 คน ร้อยละ 65.17 รองลงมาเป็นเพศ หญิง จำนวน 163 คน ร้อยละ 34.83 ตามลำดับ ส่วนมากมีอายุในช่วง 60-65 ปี จำนวน 197 คน ร้อยละ 42.09 รองลงมา 66-70 ปี จำนวน 146 คน ร้อยละ 31.20 และ น้อยกว่า 60 ปี จำนวน 68 คน ร้อยละ 14.53 ตามลำดับ อาชีพส่วนมาก รับจ้างทั่วไป 168 คน ร้อยละ 35.90 รองลงมาทำไร่นา จำนวน 90 คน ร้อยละ 19.23 และ รับราชการ จำนวน 82 คน ร้อยละ 17.52 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 143 คน ร้อยละ 30.56 รองลงมา ประถมศึกษา จำนวน 98 คน ร้อยละ 20.94 และ มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 132 คน ร้อยละ 28.21 ตามลำดับ ประเภทผู้ป่วย ส่วนมากเป็น Ischemic stroke จำนวน 174 คน ร้อยละ 37.18 รองลงมา Hemorrhagic stroke จำนวน 69 คน ร้อยละ 14.74 ตามลำดับ โรคร่วมส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 185 คน ร้อยละ 39.53 รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 157 คน ร้อยละ 33.55 และ อ้วน จำนวน 65 คน ร้อยละ 13.89 ตามลำดับ ปัญหาที่พบส่วนมากเหนื่อยล้า จำนวน 432 คน ร้อยละ 92.31 รองลงมา

ความอ่อนแรง แขนขา จำนวน 368 คน ร้อยละ 78.63 และ กลืนปัสสาวะ จำนวน 319 คน ร้อยละ 68.16 ตามลำดับ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำนวน 178 คน ร้อยละ 38.03 รองลงมาภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 116 คน ร้อยละ 24.79 ไม่เป็นการพึ่งพิง จำนวน 98 คน ร้อยละ 20.94 และภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 76 คน ร้อยละ 16.24 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 315 คน ร้อยละ 67.31 รองลงมา เป็น เพศชาย จำนวน 153 คน ร้อยละ 32.69 ส่วนมาก อายุ 51-60 ปี จำนวน 164 คน ร้อยละ 35.04 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 136 คน ร้อยละ 29.06 และน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 58 คน ร้อยละ 12.39 ตามลำดับ อาชีพ ส่วนมาก ทำไร่นา จำนวน 186 คน ร้อยละ 39.74 รองลงมา รับราชการ จำนวน 98 คน ร้อยละ 20.94 และรับจ้างทั่วไป จำนวน 97 คน ร้อยละ 20.73 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมาก มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 196 คน ร้อยละ 41.88 มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 134 คน ร้อยละ 28.63 และ ประถมศึกษา จำนวน 95 คน ร้อยละ 20.30 ตามลำดับ ความเกี่ยวข้อง ส่วนมากเป็น คู่สมรส จำนวน 167 คน ร้อยละ 35.68 รองลงมาเป็น บุตร จำนวน 142 คน ร้อยละ 30.34 และ ญาติ จำนวน 76 คน ร้อยละ 16.24 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือน ส่วนมาก 5,000-10,000 บาท จำนวน 232 คน ร้อยละ 49.57 รองลงมา ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 147 คน ร้อยละ 31.41 และ มากกว่า 10,001 บาท จำนวน 89 คน ร้อยละ 19.02

2. การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง การพัฒนาตามแนวคิดของแนวคิดในการวิจัยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามโปรแกรม D-METHOD (สุธีร์ ธรรมิกบรร การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการปรับกระบวนการทัศน์)³ ได้นำมาปรับปรุงและพัฒนาให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลหนองคาย ได้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

วันที่ 1 มีกิจกรรม ดังนี้ ทำการประเมินสภาพผู้ป่วย 1) ประเมินระดับความสามารถทาง

กายภาพ จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ตรวจสอบความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่จะกลับบ้าน 2) การจัดการยาและการติดตามผลการรักษาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้องและความสำคัญของการรับประทานยาตามคำแนะนำจัดเตรียมยาสำหรับการใช้ที่บ้านและการนัดหมายติดตามผลการรักษา 3) การฟื้นฟูและกายภาพบำบัดวางแผนการฟื้นฟูทางกายภาพต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน เช่น การนัดหมายกายภาพบำบัด จัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย 4) การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อความปลอดภัย เช่น การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ การจัดการพื้นที่ให้เป็นระเบียบ จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็น เช่น รถเข็น วอล์คเกอร์ 5) การให้ความรู้และการฝึกอบรมผู้ดูแล ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับอาการแทรกซ้อนฝึกอบรมผู้ดูแลในการใช้เครื่องมือช่วยเหลือและการให้ยาผู้ป่วย 6) การสนับสนุนทางจิตใจและสังคมให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การให้คำปรึกษา การแนะนำกลุ่มสนับสนุนประสานงานกับหน่วยงานในชุมชนที่สามารถให้การสนับสนุนด้านสังคมและการดูแลสุขภาพ 7) การติดตามและประเมินผลกำหนดตารางการนัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษาและการฟื้นฟูประเมินผลการดำเนินงานและปรับแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย

วันที่ 2 กิจกรรมดังนี้ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยทำการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย และการใช้ห้องน้ำ ประเมินสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงความพร้อมในการกลับบ้าน 2) การให้ความรู้และฝึกอบรมผู้ป่วยและครอบครัว จัดการอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น วิธีการอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า และการใช้เครื่องมือช่วยเหลือต่าง ๆ ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การติดตามผลการรักษา และการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ อธิบายถึงสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และวิธีการตอบสนองเมื่อมีอาการ 3) การฝึก

กายภาพบำบัด สอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและการฟื้นฟูสมรรถภาพจัดทำแผนการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ที่บ้าน การเดิน การยืดกล้ามเนื้อ 4) การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน ให้คำแนะนำในการปรับปรุงบ้านเพื่อความปลอดภัย เช่น การติดตั้งราวจับ การจัดเรียงเฟอร์นิเจอร์ให้เป็นระเบียบ การป้องกันการลื่นล้มตรวจสอบและจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็น เช่น รถเข็น วอล์คเกอร์ ไม่เท้า 5) การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ จัดให้มีกลุ่มสนับสนุนหรือที่ปรึกษาที่ผู้ป่วยสามารถพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดต่อกับเพื่อนและครอบครัวเพื่อการสนับสนุนทางจิตใจ 6) การจัดการทางโภชนาการให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและเกลือสูงสอนวิธีการเตรียมอาหารที่ดีต่อสุขภาพและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย 7) การประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุนในชุมชน แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการการเตรียมความพร้อมในทุกด้านจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับบ้านได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วันที่ 3 มีกิจกรรมการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนกลับบ้านเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะช่วยให้แพทย์และทีมดูแลสุขภาพเข้าใจถึงความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย การประเมินนี้ต้องครอบคลุมหลายด้าน เพื่อให้การดูแลหลังกลับบ้านเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย ดังนี้ 1) การประเมินทางกายภาพการเคลื่อนไหวและการเดิน: ตรวจสอบความสามารถในการเดิน การใช้เครื่องมือช่วยเดิน เช่น วอล์คเกอร์หรือไม่เท้า การลื่นจากเก้าอี้หรือเตียง ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ: ประเมินความแข็งแรงของแขนและขา ความยืดหยุ่นของข้อต่อ การประสานงานและการทรงตัว: ตรวจสอบการประสานงานของร่างกายและความสามารถในการรักษาสถิตเพื่อลดความเสี่ยงในการล้ม 2) การประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs) การรับประทานอาหาร

ตรวจสอบความสามารถในการใช้ข้อล้อย การเคี้ยว และกลืนอาหาร การอาบน้ำ และการแต่งตัว ความสามารถในการอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า และการดูแลความสะอาดส่วนตัว การใช้ห้องน้ำ ตรวจสอบความสามารถในการใช้ห้องน้ำอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ 3) การประเมินทางจิตใจและอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล: ตรวจสอบสัญญาณของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือปัญหาทางอารมณ์อื่นๆ ความจำและการรับรู้ ประเมินความจำ การตัดสินใจ และการรับรู้ความเป็นจริง 4) การประเมินทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน: ตรวจสอบการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยมี เช่น ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลและช่วยเหลือ การเข้าถึงบริการสังคมและสุขภาพ: ประเมินการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสังคมที่จำเป็น เช่น การสนับสนุนจากชุมชนหรือบริการดูแลที่บ้าน 5) การให้ความรู้การใช้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับประทานยาและการติดตามผลการรักษา การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เช่น การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การหยุดสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายการจัดการกับอาการแทรกซ้อน: ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การจัดการกับความอ่อนแรง ความยากลำบากในการกลืน และปัญหาทางการพูด 6) การวางแผนฟื้นฟูโปรแกรมกายภาพบำบัด: แนะนำโปรแกรมการฟื้นฟูและกายภาพบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย การออกกำลังกายให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเหมาะสม 7) การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านความปลอดภัยในบ้าน: ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับปรุงบ้านเพื่อความปลอดภัย เช่น การติดตั้งราวจับ การจัดเรียงเฟอร์นิเจอร์ให้เป็นระเบียบ การป้องกันการลื่นล้ม อุปกรณ์ช่วยเหลือ: แนะนำอุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็น เช่น รถเข็น วอล์คเกอร์ ไม่เท้า การประเมินและให้ความรู้ที่ครอบคลุมทุกด้านนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมและมั่นใจในการดูแลตัวเองที่บ้าน และสามารถป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือ

ภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วันที่ 4-30 หลังจำหน่าย กิจกรรมที่ทาระหว่างการเยี่ยมบ้าน 1) การประเมินสภาพแวดล้อมในบ้าน ตรวจสอบความปลอดภัยในบ้าน เช่น การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ การจัดพื้นที่ให้เป็นระเบียบ การป้องกันการลื่นล้ม ประเมินการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รถเข็น วอล์คเกอร์ ไม่เท้า และการใช้งานอุปกรณ์เหล่านี้ 2) การประเมินสภาพผู้ป่วย การเคลื่อนไหวและการเดิน: ตรวจสอบความสามารถในการเดิน การใช้เครื่องมือช่วยเดิน เช่น วอล์คเกอร์หรือไม่เท้า การลุกนั่งจากเก้าอี้หรือเตียง ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ: ประเมินความแข็งแรงของแขนและขา ความยืดหยุ่นของข้อต่อ การประสานงานและการทรงตัว: ตรวจสอบการประสานงานของร่างกายและความสามารถในการรักษาสมดุลเพื่อลดความเสี่ยงในการล้ม การทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs): การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว และการใช้ห้องน้ำ 3) การให้ความรู้และการฝึกอบรม การให้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับประทานยา และการติดตามผลการรักษา การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การหยุดสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายการจัดการกับอาการแทรกซ้อน ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การจัดการกับความอ่อนแรง ความยากลำบากในการกลืน และปัญหาทางการพูด การฝึกกายภาพบำบัด: สอนโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการทำกายภาพบำบัดที่สามารถทำได้ที่บ้าน 4) การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ ประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือปัญหาทางอารมณ์อื่นๆ ให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) การจัดการด้านโภชนาการ ให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและเกลือสูง สอนวิธีการเตรียมอาหารที่ดีต่อสุขภาพและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย

3. ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

การประเมินผู้ป่วยภายหลังการเข้าร่วม
โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะกลาง โรงพยาบาลหนองคาย ภายหลังการ
จำหน่ายครบ 1 เดือน พบว่า กลุ่มไม่เข้าร่วมโปรแกรม
การวางแผนจำหน่าย จำนวน 98 ราย พบ
ภาวะแทรกซ้อน 56 ราย คิดเป็น ร้อยละ 61.54
รองลงมา 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.15 ในขณะที่กลุ่ม
ที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จำนวน 60

ราย มีภาวะแทรกซ้อน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.67
การกลับมารักษาซ้ำ 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.33

ผลการทดสอบคะแนนความพร้อมในการดูแล
ตนเอง ภายหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มีคะแนนเฉลี่ย
ก่อนเข้าโปรแกรม มีค่า 3.32 คะแนน ภายหลังการใช้
โปรแกรมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.69 คะแนน
ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ย
ความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.42$) ดังตาราง 1

ตาราง 4 การทดสอบคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาล
หนองคาย ($n=60$)

รายการ	Means	S.D.	t	p-value
ความพร้อมในการดูแลตนเอง (ก่อนเข้ารับโปรแกรมวางแผน จำหน่าย)	3.32	1.23	2.42	<.001*
ความพร้อมในการดูแลตนเอง (หลังเข้ารับโปรแกรมวางแผน จำหน่าย)	4.69	1.16		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบคะแนนความเครียดในการดูแล
ตนเอง ภายหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มีคะแนนเฉลี่ย
ก่อนเข้าโปรแกรม มีค่า 4.62 คะแนน ภายหลังการใช้

โปรแกรมโปรแกรมมีค่าคะแนนความเครียดเฉลี่ย 1.50
คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า
คะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลลดลงอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.84$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 การทดสอบคะแนนความเครียดในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาล
หนองคาย ($n=60$)

รายการ	Means	S.D.	t	p-value
ความเครียดในการดูแลตนเอง (ก่อนเข้ารับโปรแกรมวางแผน จำหน่าย)	4.62	1.21	2.84	<.001*
ความเครียดในการดูแลตนเอง (หลังเข้ารับโปรแกรมวางแผน จำหน่าย)	1.50	0.12		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์บุคลากรยังขาดโปรแกรมการ
วางแผนจำหน่ายที่เป็นโปรแกรมเดียวกัน พยาบาลยัง
ไม่ได้ผ่านหลักสูตรการอบรมพยาบาลฟื้นฟูและวางแผน
จำหน่าย ขาดการสื่อสารกันภายในทีมวางแผนจำหน่าย

ที่มีประสิทธิภาพ ขาดการประสานหลังวางแผนจำหน่าย
การส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน
สอดคล้องกับ กันยารัตน์ บัญชานนท์ และคณะ⁵ ผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองส่วนมากเป็นเพศชาย อายุในช่วง
60-65 ปี อาชีพส่วนมากรับจ้างทั่วไป ระดับการศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น ประเภทผู้ป่วยส่วนมากเป็น Ischemic stroke โรคส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ โรคอ้วน ปัญหาที่พบส่วนมาก เหนื่อยล้า ความอ่อนแรงแขนขา และกลืนปัสสาวะ ไม่ได้ ตามลำดับ ระดับความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมากภาวะพึ่งพิงรุนแรง รองลงมาภาวะพึ่งพิงปานกลาง และไม่เป็นการพึ่งพิง ตามลำดับ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุ 51-60 ปี อาชีพส่วนมาก ทำไร่ทำนา ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ความ เกี่ยวข้องส่วนมากเป็นคู่สมรส บุตร และ ญาติ ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนส่วนมาก 5,000-10,000 บาท สอดคล้องกับ นารี บุญพงศ์ชัย และคณะ⁶

โปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้ 1) การ ประเมินระดับความสามารถทางกายภาพ จิตใจ และ สังคมของผู้ป่วย 2) การจัดการยาและการติดตาม ผลการรักษาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่าง ถูกต้องและความสำคัญ 3) การฟื้นฟูและ กายภาพบำบัดวางแผนการฟื้นฟูทางกายภาพต่อเนื่อง ที่บ้านหรือในชุมชน 4) การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อความปลอดภัย 5) การให้ความรู้และการฝึกอบรมผู้ดูแล 6) การสนับสนุน ทางจิตใจและสังคมให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ ผู้ป่วยและครอบครัว 7)การติดตามและประเมินผล ตามตารางการนัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษาและ การฟื้นฟู สอดคล้องกับ สุดารัตน์ สิริประภาพล และ คณะ⁷

ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาล หนองคาย จังหวัดหนองคาย การประเมินผู้ป่วย ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาล หนองคาย ภายหลังการจำหน่ายครบ 1 เดือน พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มี

ภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำลดลง ผล การทดสอบคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเอง ภายหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มีคะแนนเฉลี่ยความ พร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ย ความเครียดลดลง สอดคล้องกับ คณิงนิจ ศรีชะโคตร และคณะ⁸

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลหนองคาย ผู้นำไปใช้ต้องปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล ตนเอง โดยสนับสนุนทักษะของพยาบาลในการ วางแผนจำหน่าย ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจึง จะสำเร็จได้
2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระยะกลางให้มีความต่อเนื่องสู่ชุมชนจึงจะ ประสบผลสำเร็จได้
3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึง ความแตกต่าง และหาโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ กลาง ญาติผู้ดูแล และบุคลากรในโรงพยาบาล หนองคาย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ใน กระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย นายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ให้ความ อนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบ ความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (2022). The top 10 causes of death. Retrieved February 21, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#.YhJBDXoc8HO>.

2. กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข 2563. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2565, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/.
3. สุธีร์ ธรรมิกบรร, การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (พิมพ์ครั้งที่ 2). การปรับกระบวนการทศน์. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด; 2561.
4. โรงพยาบาลหนองคาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). 2566.
5. กันยารัตน์ บัญชานนท์ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน. วารสารการพยาบาล. 2565;71(3): 54-62.
6. นารี บุคยพงศ์ชัย และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง. กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน. โรงพยาบาลหนองคาย 2564.
7. สุดารัตน์ สิริประภาพล และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมองจากภาวะความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(2): 353-364.
8. คณินิจ ศรีชะโคตรและคณะ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภากาการพยาบาล. 2565;37(3): 20-43.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในสถาบันบำราศนราดูร

Effects of Empowerment Program on Postoperative Recovery of Total Knee Arthroplasty Patients at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute.

(Received: June 27,2024 ; Revised: June 29,2024 ; Accepted: June 30,2024)

ชญานต์ อำพันทอง¹
Chayanat Ampanthong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน สถาบันบำราศนราดูร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 35 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเทียม แบบสอบถามประเมินความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเทียม และแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเทียม 2) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, การฟื้นฟูสภาพ, ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Abstract

This study is a quasi-experimental research endeavor aimed at investigating the effects of empowerment programs on the postoperative recuperation of patients undergoing total knee arthroplasty. Thirty-five patients undergoing total knee arthroplasty at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute were purposefully selected as participants. The sample group engaged in an empowerment program tailored specifically for postoperative recovery. Research tools included evaluation forms: (1) assessing the power of total knee arthroplasty patients, (2) assessing knowledge and postoperative recovery practices specific to total knee arthroplasty, and (3) the Empowerment Program for total knee arthroplasty patients, utilized as a research action tool. Data analysis employed descriptive statistics and statistical paired t-tests.

The study findings revealed significant improvements: (1) patients participating in the recovery empowerment program demonstrated a significant increase in average power scores post-intervention ($p < .05$), indicating an increased sense of personal agency and capability, and (2) participants exhibited significantly higher average knowledge scores and enhanced postoperative recovery practices following their engagement in the empowerment program ($p < .05$), suggesting a comprehensive understanding and implementation of beneficial recovery techniques.

Keywords: empowerment program, postoperative recovery, total knee arthroplasty patients

¹ สถาบันบำราศนราดูร

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพ และปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุสาเหตุหลักของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากอายุที่มากขึ้น ทำให้มีการเสื่อมของกระดูกและเนื้อเยื่อรอบๆข้อเข่า¹ ภาวะที่กระดูกอ่อนผิวข้อถูกทำลายมากขึ้นจะทำให้เกิดอาการผิดรูปของข้อเข่า จำกัดพิสัยการงอเหยียดข้อเข่าและเดินผิดรูปได้ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรค 1 ใน 10 ที่เป็นสาเหตุสำคัญ อันก่อให้เกิดทุพพลภาพในประเทศไทย ทำให้ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่อย่างไร้สมรรถภาพในการประกอบอาชีพหรือการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งแนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบันนั้นมีการรักษาแบบไม่ต้องใช้ยา การรักษาแบบใช้ยา การผ่าตัดล้างข้อและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total knee arthroplasty) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วน (Unicompartment knee arthroplasty) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการรักษาที่ได้ผลดีอย่างมาก เป็นการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพบริเวณข้อเข่า รวมทั้งเพื่อบำรุงโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อและความมั่นคงของข้อเข่า และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาประกอบอาชีพหรือใช้ชีวิตประจำวันได้

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ การสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด ปวดแผลผ่าตัด การอักเสบติดเชื้อจากแผลผ่าตัดและแผลบริเวณที่ระบายต่างๆ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องให้การดูแลและเฝ้าระวัง เพราะเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ข้อเข่าเทียมได้ทันทีภายหลังการผ่าตัด จากการศึกษาของซู,ชวย เซนและเซน² พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจะมีความต้องการในการดูแลหลังผ่าตัดที่สำคัญได้แก่ การลดปวด การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพข้อเข่าหลังผ่าตัด เพื่อง่ายต่อการงอของข้อเข่า ป้องกันข้อเข่าติด ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุนี้ต้องหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดภาวะไร้พลัง

อำนาจหรือส่งเสริมพลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน³ เป็นอีกวิธีที่มีความสำคัญเนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นพบและยอมรับสภาพความจริงที่เป็นอยู่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์นั้น ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ³ จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและช่วยเหลือให้ควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีพลัง มีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตนเองเพื่อการรักษาสุขภาพ

จากสถิติที่ผ่านมาของสถาบันบำราศนราดูร ในช่วงปี พ.ศ.2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดข้อเข่าเทียมทั้งหมด จำนวน 221ราย พบปัญหาว่าผู้ป่วยมีอาการปวดมากกว่าร้อยละ 80 ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถงอเข่าได้มากกว่า 90 องศา ร้อยละ 5.88 ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ขาดความรู้ในการดูแลฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด และยังขาดความตระหนักในเรื่องการดูแลฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเท่าที่ควร ผู้วิจัยนำการส่งเสริมพลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน³ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของ ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในสถาบันบำราศนราดูร ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยโรคเป็นข้อเข่าเสื่อมและมารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในสถาบันบำราศนราดูร การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่แพทย์วินิจฉัยโรคเป็นข้อเข่าเสื่อมและมารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในช่วงเวลาที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 35 ราย โดย

ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจหรือส่งเสริมพลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้โปรแกรมสอนผู้ป่วยตั้งแต่วันรับใหม่จนจำหน่ายกลับบ้าน และประเมินผลหลังจากผู้ป่วยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม หรือประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลอง และหลังทดลองมีคะแนนพลังอำนาจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลอง และหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลอง และหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental study) รูปแบบการวิจัย แบบวัดก่อน และหลังการทดลองกลุ่มเดียว (Pretest-Posttest Only One-Group Design) รูปแบบการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในสถาบันบาราศนราดูล และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในระยะเวลา พฤศจิกายน พ.ศ.2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งแพทย์วินิจฉัยโรคเป็นข้อเข่าเสื่อมและมารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 66 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 35 ราย โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุ 50-80 ปี 2) แพทย์วินิจฉัยโรคเป็นข้อเข่าเสื่อมและมารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ มีโรคร่วมที่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัย เช่น Alzheimer disease

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นตามกรอบแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson³

ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 30-45 นาที เยี่ยมก่อนผ่าตัด ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และขอความร่วมมือซักประวัติโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ทดสอบก่อนการทดลอง (Pre-Test) โดยให้ทำแบบสอบถามก่อนเข้าโครงการทำความเข้าใจเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม สาเหตุ อาการ การรักษา ผลกระทบของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด แจกคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสามารถอ่านผ่าน E- book โดย scan QR Code ให้ 1 เล่ม

ครั้งที่ 2 ระยะเวลา 20 นาที เยี่ยมหลังผ่าตัด ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการเสริมสร้างพลังความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้สะท้อนความรู้สึก ทบทวนปัญหา วางแผนในการดูแลตนเอง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทบทวนเรื่องการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) การประเมินบริเวณเข่าข้างที่ผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อขา การกระดกปลายเท้า

ครั้งที่ 3 ระยะเวลา 40 นาที เยี่ยมหลังผ่าตัด ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน สอน ทบทวนคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การฝึกนั่งห้อยขาข้างเตียง และงอเข่า การฝึกยืน/หัดเดินด้วย walker เปิดโอกาสให้ซักถาม

ครั้งที่ 4 ระยะเวลา 30-45 นาที เยี่ยมก่อนกลับบ้าน ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยพิจารณาวิธีการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้ด้วยตนเองในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ได้รับ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การเห็นคุณค่าในตนเอง การมีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ เช่น การบริหารกล้ามเนื้อขา การนั่ง การงอเข่า การยืน การเดินด้วย walker

1.2 คู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย 10 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนที่ 2 อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนที่ 3 การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวก่อนวันผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 48 ชั่วโมงแรก ส่วนที่ 6 โปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ทำกายบริหารกล้ามเนื้อขา 6 ท่า 2) การฝึกนั่งห้อยขาและงอเข่า ข้างเตียง 3) การฝึกลุกขึ้นยืน โดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง (walker) 4) การฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง (walker) ส่วนที่ 7 การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ส่วนที่ 8 การฝึกทำบริหารกล้ามเนื้อขาที่บ้าน ส่วนที่ 9 คำแนะนำการขึ้น-ลง บันได ส่วนที่ 10 คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน วันที่เข้านอนโรงพยาบาล วันที่ทำการผ่าตัด น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าBMI สิทธิ์ในการรักษา ปัจจุบันอาศัยอยู่ในเขต เมื่อกลับบ้านพักรักษาตัวอยู่กับท่านใด

2.2แบบประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ดัดแปลงมาจาก เบญจา และวิรัช 2560 เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคไตตื้อ และพัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจของ Gibson³ มาใช้ในการวิจัยนี้ ข้อความในแบบประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 20 ข้อ

2.3แบบสอบถามประเมินความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก กิตติศักดิ์ คัมภีระ⁴ เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล การปฏิบัติตัว และพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ข้อความในสอบถามประเมินความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเทียมเสื่อม จำนวน 60 ข้อ

1) แบบสอบถามประเมินความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 30 ข้อ กำหนดให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับที่ท่านทราบหรือไม่ทราบ

2) แบบสังเกตความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก กิตติศักดิ์ คัมภีระ⁴ จำนวน 30 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content

validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด แบบสอบถามความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียมไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ชำนาญการด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อจำนวน 2 ท่าน นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) :ได้เท่ากับ 1.0 โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และคู่มือปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังจากที่ได้รับปรับแก้เนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

แบบสอบถามประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา content validity index: CVI) :ได้เท่ากับ 1.0

การตรวจหาความเที่ยงตรง (Reliability) ตรวจสอบแบบสอบถามประเมินพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำค่าคะแนนมาหาค่าโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านคณะกรรมการโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร ที่ IRB/BIDI NO19h/66 เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองก่อน และหลังเข้ารับโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 ราย ร้อยละ 77.1 มีอายุอยู่ในช่วง 61 – 70 ปี และ 61 – 70 ปี จำนวน 15 ราย เท่ากัน ร้อยละ 42.9 สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 23 ราย ร้อยละ 65.7 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.3 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 15 ราย

คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.4 มีความพึงพอใจกับค่าใช้จ่าย จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.7 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการ จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.6 มีโรคประจำตัว จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.3 ไม่มีเคยประวัติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.6 จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่ นอน 5 วัน จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.3 อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.7 และอาศัยอยู่กับบุตรเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.7

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลอง และหลังทดลองมีคะแนนพลังอำนาจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=35)

พลังอำนาจ	ก่อน		ระดับ	หลัง		ระดับ	t-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D		$\bar{X}$	S.D			
ระดับพลังอำนาจ	62.42	5.53	ปานกลาง	81.77	5.58	มาก	17.73	0.00

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีค่าคะแนนพลังอำนาจก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพ เท่ากับ 62.42 คะแนน (SD = 5.53) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังทดลองเท่ากับ 81.77 คะแนน (SD = 5.58) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจ พบว่า

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=17.73, p<.05$)

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลอง และหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรม การปฏิบัติตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=35)

ความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	ก่อน		หลัง		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อนหลังการผ่าตัด	2.08	2.09	11.97	0.16	-20.11	0.00
ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดขณะรักษาในรพ.	0.45	0.95	3.00	0.00	-15.83	0.00
ด้านกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดขณะพักรักษาอยู่ในรพ.	1.22	2.12	9.00	0.00	-21.59	0.00
ด้านเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	0.34	1.23	6.00	0.00	-27.09	0.00
โดยรวม	4.11	6.08	29.97	0.16	-25.16	0.00

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวโดยรวมหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ($t=25.16$, $p<.00$) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด, ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดขณะรักษาในรพ.,

ด้านกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดขณะพักรักษาอยู่ในรพ. และด้านเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

สมมติฐานที่ 3 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลอง และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=35)

พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	ก่อน		หลัง		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อนหลังการผ่าตัด	9.05	5.56	22.05	6.92	-17.16	0.00
ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดขณะรักษาในรพ.	7.51	1.06	7.51	1.06	0.00	1.00
ด้านกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดขณะพักรักษาอยู่ในรพ.	3.45	4.55	22.82	3.63	-20.14	0.00
ด้านเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	12.91	4.25	22.51	2.44	-10.81	0.00
โดยรวม	27.97	12.80	85.91	10.11	-22.56	0.00

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวโดยรวมหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

($t=22.56$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ($t=17.16$) ด้านกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดขณะพักรักษาอยู่ในรพ. หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

($t=20.14$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวด้านเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ($t=10.81$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดขณะรักษาในโรงพยาบาลก่อน และหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในสถาบันบาราศนราดรุณวิทย์ได้นำผลการศึกษาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนพลังอำนาจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลองและหลังทดลอง มีคะแนนพลังอำนาจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ คล้ายกับการศึกษาของ พนารัตน์ เจนจบ⁵ ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่า ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือน ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมแต่ครั้งได้เน้นถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังจะเห็นได้ในกิจกรรมครั้งที่ 1 เยี่ยมก่อนผ่าตัด เน้นให้กลุ่มตัวอย่างค้นพบสถานการณ์

จริง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม กิจกรรมครั้งที่ 2 เยี่ยมหลังผ่าตัดครั้งที่ 1 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการเสริมสร้างพลังความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้สะท้อนความรู้สึกทบทวนปัญหา วางแผนในการดูแลตนเอง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รวมถึงให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้มีการทบทวนเรื่องการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินความปวด การประคบเย็นบริเวณเข่าข้างที่ผ่าตัดการบริหารกล้ามเนื้อขา การกระดกปลายเท้า กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการเยี่ยมหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 และ 3 โดยรายละเอียดของกิจกรรมจะเน้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกในเรื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การฝึกนั่งห้อยขาข้างเดียว และงอเข่า การฝึกยืน/หัดเดินด้วย walker และให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และกิจกรรมครั้งที่ 5 เยี่ยมก่อนกลับบ้าน การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยพิจารณาวิธีการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้ด้วยตนเองในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน³ ที่กล่าวว่ากระบวนการเสริมพลังอำนาจเป็นการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง จะประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง ให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กลับมามองปัญหาและทบทวนทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่คงประสิทธิภาพ ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของพลัง

อำนาจของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลอง และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลอง และหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวทั้งโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ เนื่องจากในกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูหลังผ่าตัด กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดขณะพักรักษาอยู่ในรพ. และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านที่เหมาะสมโดยใช้สื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยายร่วมกับการฝึกทักษะในการปฏิบัติ และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสามารถอ่านผ่าน E- book โดย scan QR Code ให้ 1 เล่ม ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจ มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น และจดจำได้นาน จึงสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง และเมื่อผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความชำนาญและรู้สึกว่าการกิจกรรมดังกล่าวสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก สอดคล้องกับการศึกษาของยงยุทธ สุทธิพิทักษ์^๑ ศึกษาเทคนิคการเสริมพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการ

เสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ย HbA1C ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการใช้เทคนิคเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ มีความตระหนักในตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรปฏิบัติของตนเอง ส่งผลให้เกิดการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สมมติฐานที่ 3 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลอง และหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ก่อนทดลอง และหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียมโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองมากขึ้น เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ เนื่องจากในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจะได้รับความรู้และการฝึกทักษะต่างๆในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยได้รับประสบการณ์ทั้งหมดด้วยตนเองจากการค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริงการตั้งเป้าหมาย และการวางแผนแก้ไขปัญหาให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติและแก้ไขปัญหาและรับรู้ถึงศักยภาพในการ

ควบคุมสถานการณ์ต่างๆ จึงนำไปสู่การเกิดความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในซึ่งคล้ายกับการศึกษาของกมนทรธรรณ ยันต์เจริญ, นาริรัตน์ จิตรมนตรี และ เสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ⁷ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกล้ามเนื้อขามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกล้ามเนื้อขาของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการปฏิบัติเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ด้านกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดขณะรักษาในรพ. และด้านเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4) ทั้งนี้เนื่องมาจาก ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนและหลังไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวที่โดยปกติขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจัดบริการให้ผู้ป่วยทุก

รายที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น การจัดบริการอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน การกระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 2,000 -3,000 ซีซี และจัดให้มีเจ้าหน้าที่คอยกำกับดูแลในเรื่องของการประคบเย็นลดความปวดก่อนเริ่มทำกิจกรรมฟื้นฟู สมรรถภาพ ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนและหลังไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการศึกษาเสนอแก่ผู้บริหาร เพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับโรงพยาบาล
2. การติดตามประเมินผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประเมินผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
3. หน่วยงานควรจัดให้มีแผนพัฒนาบุคลากรในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย และเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กิรติ เจริญชลวานิช. (2559). โรคข้อเข่าเสื่อม ในกิตติ เจริญชลวานิช (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์บูรณะสภาพข้อเข่าเสื่อม (น.3-9). กรุงเทพฯ: ศิริราช.
2. Su,H.,Tsai, Y.,chen, W.,& Chen, M.(2010).Health care needs of patients during early recovery after total knee-replacement surgery. Journal of Clinical Nursing 19(5), 673-681 Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2350113042Accountid=28431>
3. Gibson, G.H. (1995). The process of empowerment in mother of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing.21,1201-1210.

4. กิตติศักดิ์ คัมภีระ.(2562).ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล การปฏิบัติตัว และ พิสัยการเคลื่อนไหวข้อเท้าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร.
5. พนารัตน์ เจนจบ. (2542). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. ยงยุทธ์ สุขพิทักษ์. (2557). เทคนิคการเสริมพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(4), 649-658.
7. กมนทรศน์ ยันต์เจริญ, นารัตน์ จิตรมนตรี และ เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. Retrieved from: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/25204>.

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง

The Comparison of case studies: Nursing care with HIV patients infected monkeypox.

(Received: June 27,2024 ; Revised: June 29,2024 ; Accepted: June 30,2024)

สมพร นรขุณ¹

Somporn Narakhun¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิงกรณี 2 ราย ศึกษาข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยนำมาเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ระยะเวลาตั้งแต่ วันที่ 1 ถึง 15 เมษายน 2567

ผลการศึกษา พบว่า รายที่ 1 ชายไทย อายุ 29 ปี ป่วยเอชไอวี 5 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยมีไข้ ปวดบวมมีตุ่มหนองที่อวัยวะเพศ มา 4 วัน รายที่ 2 ชายไทย อายุ 27 ปี ป่วยเอชไอวี 8 ปี มาโรงพยาบาลด้วยไข้ ปวด ตุ่มหนองที่แขน ใบหน้า มา 11 วัน ประเด็นปัญหาที่สำคัญของทั้ง 2 รายที่เหมือนกันได้แก่ มีผื่นติดเชื้อที่ผิวหนัง ปวดบริเวณตุ่มหนอง ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ประเด็นปัญหาที่ต่างกันได้แก่ กลัวสูญเสียภาพลักษณ์ และมีโอกาสต่อต้านไวรัส รายที่ 1 นอนโรงพยาบาล 6 วัน รายที่ 2 นอนโรงพยาบาล 15 วัน

คำสำคัญ: เอชไอวี, ฝีดาษลิง, สถาบันบำราศนราดูร

Abstract

This study aimed to evaluate the nursing care of two PLWH who were infected with monkeypox. Data from the patients' medical records were reviewed following Gordon's health patterns. The study was conducted from April 1 to April 15, 2024.

The study's findings revealed that case no. 1, a 29-year-old Thai male who had been diagnosed with HIV for 5 months, had presented to the hospital with a fever, multiple painful pustules, and swelling on his genitalia for 4 days. Case no. 2, a 27-year-old Thai male who had been diagnosed with HIV infection for 8 years and missing medication for 1 year, presented to the hospital with a fever and multiple papules on his arms and face for 11 days. Both patients experience significant issues, such as bacterial skin infections, painful skin lesions, and a lack of knowledge regarding self-care. The two subjects differed in terms of their risk of HIV drug resistance and their fear of losing their attractiveness. The hospital stays for cases no. 1 and no. 2 were 6 days and 15 days, respectively.

Keywords : HIV, Monkeypox, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ แนวโน้มลดลงในภาพรวมทั่วโลก แต่ยังคงไม่เร็วพอที่จะยุติการระบาดของโรคให้ได้ภายในปี 2030 ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดยในปี 2020 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.5 ล้านคน และยังมีผู้ป่วยบางประเทศมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าเกย์ กลุ่มชายรักชาย ผู้ค้าบริการทางเพศและผู้ติดยาเสพติดมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าคนทั่วไปถึง 25-35 เท่า¹

ข้อมูลจากรายงานของ WHO(World Health Organization) ปี 2565 รายงานว่า มีประชากรที่ติดเชื้อ เอชไอวี อยู่ประมาณ 40.4 ล้านคนทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิม ปี 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อจำนวน 25.6 ล้านคนอยู่ในทวีปแอฟริกา พบผู้ป่วยเอชไอวี จำนวน 630,000 คน เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อทั้งหมด 1.3 ล้านคน² นอกจากนี้ยังพบว่าการรับเชื้อจากเพศสัมพันธ์ชายกับชายอยู่ที่ 68% พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ใน 15 จังหวัดถึง 60% พบเยาวชนอายุ 15-24 ปี

¹ พยบ. หอผู้ป่วยแยกโรค กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร

เป็นโรคซิฟิลิส 59 ต่อประชากรแสนคน โรคหนองใน 41.9 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายปี พ.ศ. 2573 ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดในโรคดังกล่าวไม่เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน³ นอกจากนี้ จากสภาพการเจ็บป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำส่งผลให้เกิดโรคที่ฉวยโอกาสมากขึ้น เช่น โรคฝีดาษลิง(Monkeypox) จากการศึกษาข้อมูลของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention :CDC) พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อฝีดาษลิงร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วย HIV⁴

ในประเทศไทยจากรายงานกรมควบคุมโรคในปี 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี 561,578 ราย พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,230 คนต่อปี เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 10,972 รายต่อปี⁵สถานการณ์ล่าสุดของโรคฝีดาษลิงในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 22 มีนาคม 2567 มีรายงานผู้ป่วยรวม 787 ราย เพศชาย 768 ราย (97.59%) เพศหญิง 19 ราย (2.41%) เป็นคนไทย 707 ราย ชาวเอเชีย 48 ราย สัญชาติอื่นๆ 32 ราย⁶

ในขณะที่รายงานของงานระบาดสถาบันบำราศนราดูรพบผู้ป่วยฝีดาษลิงเข้ารับการรักษที่สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 86 ราย และพบว่าในจำนวนผู้ป่วยฝีดาษลิง 66 ราย ติดเชื้อเอชไอวี รวมด้วย 39 ราย เสียชีวิต 2 ราย⁽⁷⁾ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยฝีดาษลิงแต่ละรายอยู่ในช่วง 6 ถึง 20 วัน ปัจจุบันการรักษาโรคฝีดาษลิงยังไม่มียาที่ใช้รักษาแบบจำเพาะเจาะจง เป็นการรักษาตามอาการพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรู้และดูแลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง ได้ตามคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพนำไปสู่การลดอัตราการตาย และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	29 ปี	27 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มีตุ่มและแผลที่อวัยวะเพศ มีอาการปวด บวม ต่อม น้ำเหลืองที่ขาหนีบได้ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล	มีไข้ ปวดตุ่มหนอง บริเวณแขนและขา ใบหน้า 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ อวัยวะเพศบวม มีตุ่มหนองบริเวณอวัยวะเพศ ต่อม น้ำเหลืองขาหนีบข้างขวา โต ชื่อยาพาราเซตามอล ทานเอง	11 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการมีไข้ มีตุ่มใสขึ้นที่แขน ซ้อมาลดไข้ทานเอง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ และปวดตุ่มหนอง บริเวณใบหน้า ปากหน้าอก ฝ่ามือ แขน ฝ่าเท้า ก้น ทวารหนัก อวัยวะเพศ และต่อมน้ำเหลือง

ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง แบบรายกรณี จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง ได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิงกรณี 2 ราย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย(Cases Study)

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นเอชไอวีและติดเชื้อฝีดาษลิง ที่เข้ารับการรักษในสถาบันบำราศนราดูร

การเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนระยะเวลา รายที่ 1 วันที่ 1-3 เมษายน 2567 รายที่ 2 วันที่ 13-15 พฤษภาคม 2567

วิธีดำเนินงาน คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นเอชไอวีและติดเชื้อฝีดาษลิง นำมาเปรียบเทียบตามแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁽⁸⁾

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร เลขที่ IRB/BIDI N007h/67_Exempt เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2567

ผลการศึกษา

รายงานผู้ป่วยกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวด บวมอวัยวะเพศ ต่อม น้ำเหลืองขาหนีบข้างขวาโตมากขึ้น จึงไป	
	พบแพทย์โรงพยาบาลเมืองพัทยา ตรวจพบ Syphilis Positive แพทย์ให้ Admit เพื่อให้ยา วันที่ 7 ขณะนอนอยู่ ที่ โรงพยาบาลเมืองพัทยามีตุ่มขึ้นบริเวณใบหน้า และแขน ทั้ง 2 ข้าง ตรวจพบโรคฝีดาษลิง ผู้ป่วย Admit โรงพยาบาลเมืองพัทยา 15 วัน อาการไม่ดีขึ้น โรงพยาบาล เมืองพัทยาขอ refer คนไข้มาที่สถาบันบำราศนราดูร	บริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ โต จึงไปพบแพทย์ โรงพยาบาลเมืองพัทยา แพทย์ให้ Admit และตรวจ ฝีดาษลิง พบเชื้อ Monkeypox virus และ Syphilis Positive ผู้ป่วย Admit โรงพยาบาลเมืองพัทยา 10 วัน อาการไม่ดีขึ้น โรงพยาบาลเมืองพัทยาขอ refer คนไข้มา ที่สถาบันบำราศนราดูร
ประวัติการเจ็บป่วยใน อดีต/ครอบครัว	ตรวจพบเป็น HIV ที่โรงพยาบาลเมืองพัทยา เมื่อเดือน มีนาคม 66 ปฏิเสธประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว	ป่วยเป็น HIV ประมาณ 8 ปี รักษาที่โรงพยาบาลเมือง พัทยา ขาดยา 2 เดือน ปฏิเสธประวัติเจ็บป่วยใน ครอบครัว
การวินิจฉัย	HIV with Monkeypox	HIV with Monkeypox
โรคประจำตัว	HIV	HIV
ประวัติการแพ้ยา/การ ใช้สารเสพติด	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
โรคแทรกซ้อน	syphilis, ฝีดาษลิง	Syphilis, ฝีดาษลิง, Acute hepatitis B
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการที่ สำคัญ	WBC 11000 u/L HCT 37%/MCV 70.6 fL/ MCH 23.7 pg/MCHC 33.6 g/dl Neutrophil 83.0%/Lymphocyte 10.0% Cr 0.98 mg/dL/ eGFR 103.76 mL/min Na 138 mmol/L /K 3.9 mmol/L /Cr 101 mmol/L /Co ₂ 23 mmol/L Total Protine 9.0 g/dl Albumin 4.4 g/dL/ Globulin 4.6 g/dl AST 19 u/L/ ALT 13 u/L CD4 148 cell (4.67%) PCR for Mpox Detected (27.95)	WBC 10700 u/L HCT 40%/MCV 68.4 fL/ MCH 22.6 pg/MCHC 33.1 g/dl Neutrophil 64.0%/Lymphocyte 25.0% Cr 0.93 mg/dL/ eGFR 112.11 mL/min Na 136 mmol/L /K 4.7 mmol/L/ Cr 99 mmol/L /Co ₂ 27 mmol/L Total Protine 7.6 g/dl Albumin 3.4 g/dL/ Globulin 4.2 g/dl AST 41 u/L/ ALT 53 u/L CD4 110 cell (4%) PCR for Mpox Detected (21.17)
การรักษา	โรงพยาบาลเมืองพัทยา ได้ยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ 1 dose, Cef 3 2 gm vain OD สถาบันบำราศนราดูร ได้ยา Tramadol(50) 1 tab tid pc, Bactrim 1 tab oral pc, TLD 1 tab oral at 9.00 น., Burrow solution ประคบแผล BID, NSS dressing	โรงพยาบาลเมืองพัทยา ได้ยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ 1 dose, Cef 3 2 gm vain OD สถาบันบำราศนราดูร ได้ยา Ibuprofen (400) 1 x 2 pc(off 11สค.66), Omeprazole 1x2 ac (off 11สค. 66),Tramadol(50) 1 tab tid pc, Bactrim 1 tab oral pc, TLD 1 tab oral
	แผลอวัยวะเพศ BID. Warm sitz bath 10-15 min bid (น้ำอุ่น 1 กระละมัง +betadine 10 ml)	at 20.00 น, Tecovirimat (200) 3 tab ทุก 12 ชั่วโมง นาน 14 วัน, Fluconazole 2x1 pc ทุกวันพุธ, Paracetamol (500) 1 tab oral PRN ทุก 4-6 ชั่วโมง, Burrow solution ประคบแผล BID, Hibiscrub ฟอก อาบน้ำ bid, Bactroban ointment ทาตุ่มหนอง bid, Warm sitz bath 10-15 min bid (น้ำอุ่น 1 กระละมัง +betadine 10 ml), Doproct suppository เหน็บทวาร หนัก hs
สูตรยาที่ได้รับ	TLD 1 tab oral at 9.00 น.	TLD 1 tab oral at 20.00 น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ลักษณะพื้น	แผลตกสะเก็ดรวมกับตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา หน้อก อวัยวะเพศ และก้น ประมาณ 50 ตุ่ม	เป็นตุ่มหนอง ตุ่มใส และบางส่วนมีการตกสะเก็ด ที่บริเวณ ใบหน้า แขน หน้อก ก้น อวัยวะเพศ ทวารหนัก มากกว่า 100 ตุ่ม
ความปวด	0-1 คะแนน	2-5 คะแนน
สถานะการจำหน่าย	กลับบ้าน	กลับบ้าน
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	6 วันนอน	15 วันนอน
ค่ารักษาพยาบาล	39,161 บาท	86,640 บาท

จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 29 ปี โรค เอชไอวี และฝีดาษลิง มาพบแพทย์หลังมีอาการ 4 วัน ด้วย มีไข้ อวัยวะเพศบวม มีตุ่มหนองบริเวณอวัยวะเพศ ต่อม่าน้ำเหลืองขาหนีบข้างขวาโต 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวด บวมอวัยวะเพศ ต่อม่าน้ำเหลืองขาหนีบข้างขวาโตมากขึ้น จึงไปพบแพทย์โรงพยาบาลเมืองพัทยา ตรวจพบ Syphilis Positive แพทย์ให้ Admit เพื่อให้ยา วันที่ 7 ขณะนอนอยู่ที่ โรงพยาบาลเมืองพัทยามีตุ่มเพิ่มขึ้นบริเวณใบหน้า และแขนทั้ง 2 ข้าง ตรวจพบ ฝีดาษลิง ผู้ป่วย Admit โรงพยาบาลเมืองพัทยา รวม 15 วัน อาการไม่ดีขึ้น โรงพยาบาลเมืองพัทยาขอ refer คนไข้มาที่สถาบันบำราศนราดูร ได้รับยาต้านไวรัสและยารักษาตามอาการ ค่า CD4 148 cell (4.67%) ขณะรักษาตัวที่สถาบันบำราศนราดูร ไม่มีมีตุ่มหนองเพิ่มขึ้น(ตุ่มหนองทั่วตัวประมาณ 50 ตุ่ม) มีอาการปวดบริเวณอวัยวะเพศเล็กน้อย 0-2 คะแนน ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน 6 วัน ค่า

รักษาพยาบาลทั้งสิ้น 39,161 บาท ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 27 ปี โรคเอชไอวี และฝีดาษลิง มาพบแพทย์หลังมีอาการ 11 วัน ด้วยไข้ มีตุ่มใสขึ้นที่แขน ซี่อียดไล่ใช้ทานเอง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวดตุ่มหนองบริเวณ ใบหน้า ปาก หน้อก ฝ่ามือ แขน ฝ่าเท้า ก้น ทวารหนัก อวัยวะเพศ และต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ โต จึงไปพบแพทย์โรงพยาบาลเมืองพัทยา แพทย์ให้ Admit และตรวจ ฝีดาษลิง พบเชื้อ ฝีดาษลิง virus และ Syphilis Positive ผู้ป่วย Admit โรงพยาบาลเมืองพัทยา 10 วัน อาการไม่ดีขึ้น โรงพยาบาลเมืองพัทยาขอ refer คนไข้มาที่สถาบันบำราศนราดูร ได้รับยาต้านไวรัสและยารักษาตามอาการ ค่า CD4 110 cell (4%) ขณะรักษาตัวที่สถาบันบำราศนราดูร ไม่มีมีตุ่มหนองเพิ่มขึ้น(ตุ่มหนองทั่วตัวมากกว่า 100 ตุ่ม) มีอาการปวดบริเวณอวัยวะเพศ ในช่วงแรกคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 2-5 คะแนน ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน 15 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 86,640 บาท

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแผนสุขภาพกอร์ดอนของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	รายที่ 1	รายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยเพิ่งรับรู้ว่ามีเชื้อเอชไอวีเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 ยังไม่ได้เริ่มทานยาต้านไวรัส เดิมสุขภาพแข็งแรงดี เป็นกลุ่มชายรักชาย ใส่ถุงยางทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟน แต่นานๆครั้ง ไม่ได้ป้องกัน เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น สรุปแบบแผนที่ 1 ผิดปกติ	ผู้ป่วยทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ.2558 ทานยาไม่ต่อเนื่อง ปัจจุบันขาดยามา 2 เดือน ตื่นแล้ววันละ 4-5 แก้ว สูบบุหรี่วันละ 2-3 มวน เดิมสุขภาพแข็งแรงดี เป็นกลุ่มชายรักชาย ใส่ถุงยางเป็นบางครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟน และบุคคลอื่น สรุปแบบแผนที่ 1 ผิดปกติ
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน สรุปแบบแผนที่ 2 ปกติ	รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน สรุปแบบแผนที่ 2 ปกติ
3. การขับถ่าย	ขับถ่ายปกติวันละ 1-2 ครั้ง สรุปแบบแผนที่ 3 ปกติ	ขับถ่ายปกติ 2 วัน ครั้ง สรุปแบบแผนที่ 3 ปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแผนสุขภาพกอร์ดอนของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	รายที่ 1	รายที่ 2
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ ไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากทำงานทุกวัน สรุปแบบแผนที่ 4 ผิดปกติ	ทำกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ ไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากอาชีพที่ทำงานกลางคืน กลางวันต้องพักผ่อน สรุปแบบแผนที่ 4 ผิดปกติ
5. การพักผ่อนและนอนหลับ	พักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง สรุปแบบแผนที่ 5 ปกติ	พักผ่อนวันละ 4-5 ชั่วโมง เนื่องจากต้องทำงานกลางคืน สรุปแบบแผนที่ 5 ผิดปกติ
6. สติปัญญาและการรับรู้	มีตุ่มบริเวณใบหน้า หน้าอก แขนขา ก้น และอวัยวะเพศ มีอาการปวดเล็กน้อย คะแนนความปวด 2/10 คะแนน - ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณตุ่มหนอง สรุปแบบแผนที่ 6 ผิดปกติ	มีไข้ T= 38.1 องศา มีตุ่มบริเวณ ใบหน้า ปาก หน้าอก แขนขา ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ก้น ทวารหนัก และอวัยวะเพศ มีอาการปวดบริเวณตุ่มและอวัยวะเพศ คะแนนความปวด 5/10 คะแนน - ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้และปวดบริเวณตุ่มหนองและอวัยวะเพศ สรุปแบบแผนที่ 6 ผิดปกติ
7. การรับรู้ตนเองและอัตโนทัศน์	เป็นคนเจียบ ค่อนข้างเก็บตัว คุยกับแฟนมากที่สุด เป็นผู้นำครอบครัว หาเงินส่งค่าห้องพัก	เป็นคนเก็บตัว ไม่คุยกับคนในครอบครัว มีอะไรจะคุยกับแฟน เป็นผู้นำครอบครัวดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน
	- มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากมีตุ่มผื่นบริเวณใบหน้าและลำตัว สรุปแบบแผนที่ 7 ผิดปกติ	- มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากมีตุ่มผื่นบริเวณใบหน้าและลำตัว และกลัว สรุปแบบแผนที่ 7 ผิดปกติ
8. บทบาทและสัมพันธ์ภาพ	สัมพันธ์ภาพกับแฟนรักใคร่กันดี มีอะไรปรึกษากันตลอด ไม่ค่อยได้ติดต่อครอบครัว สรุปแบบแผนที่ 8 ผิดปกติ	สัมพันธ์ภาพกับแฟนรักใคร่กันดี สามารถพูดคุยได้เกือบทุกเรื่อง ติดต่อครอบครัวปีละ 1-2 ครั้ง สรุปแบบแผนที่ 8 ผิดปกติ
9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	กลุ่มชายรักชาย เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง นานๆครั้งมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้าโดยไม่ได้ป้องกัน(1-2 เดือนครั้ง) สรุปแบบแผนที่ 9 ผิดปกติ	เป็นกลุ่มชายรักชาย อาชีพขายบริการทางเพศ มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน(อาทิตย์ละ3-4 ครั้ง) และเปลี่ยนคู่นอนบ่อย สรุปแบบแผนที่ 9 ผิดปกติ
10. ความเครียดและการควบคุมความเครียด	เป็นคนอารมณ์เย็นไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ หากมีความเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษาแฟน สรุปแบบแผนที่ 10 ปกติ	เป็นคนโกรธง่าย หายเร็ว หากมีความเครียดจะดื่มเหล้า หรือคุยกับแฟน สรุปแบบแผนที่ 10 ผิดปกติ
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ เมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยจะรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน สรุปแบบแผนที่ 11 ปกติ	นับถือศาสนาพุทธ เมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยจะรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน สรุปแบบแผนที่ 11 ปกติ

สรุป จากการเปรียบเทียบข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาลจากการประเมินปัญหาสุขภาพผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กับกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามข้อมูลด้าน

สุขภาพของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติคล้ายกันทั้งหมด 6 แบบแผน ยกเว้นแบบแผนที่ 5 และ 10 การพักผ่อนนอนหลับ และการควบคุมความเครียดของรายที่ 2 มีความผิดปกติ

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาส^{11,12,13}

กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์
มีผื่นติดเชื้อที่ผิวหนังเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง	
1. ดูแลสุขวิทยาเพื่อให้ร่างกายสะอาดป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียเพิ่ม 2. สังเกตอาการผื่นผิดปกติ เช่น ตุ่มหรือผื่นมีการอักเสบบวมแดงมากขึ้น หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ 3. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยแกะ เกาผื่น เพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บของผิวหนัง 4. แนะนำให้ผู้ป่วยล้างมือบ่อยๆด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังสัมผัสผื่น 5. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากมีไข้ อุณหภูมิมากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ 6. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Contact และ Droplet Precautions 7. ดูแลให้อยู่ในห้องแยกโรค 8. ดูแลให้พักผ่อน 9. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ วันละประมาณ 2,000 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันภาวะร่างกายขาดน้ำ 10. ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอโดยเฉพาะอาหารประเภท high protein เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ 11. ดูแลประคบผื่นด้วย burrow's solution วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการติดเชื้อที่ผิวหนัง โดยกรณีศึกษาครั้งที่ 1 ไม่มีตุ่มผื่นขึ้นเพิ่มเติมตุ่มหนองแห้งภายใน 5 วัน ไม่มีไข้ กรณีศึกษาครั้งที่ 2 มีตุ่มผื่นเกิดใหม่ช่วง 3 วันแรก ตุ่มผื่นแห้งวันที่ 13-14 ของการนอนโรงพยาบาล มีไข้ขึ้นๆลงๆ ในช่วง 10 วันแรก หลังจากนั้นไม่มีไข้
ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณตุ่มหนองและอวัยวะเพศ	
1. ประเมินระดับความปวด โดยการซักถามและสังเกตอาการแสดง เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด นอนตัวเกร็ง ชีพจรเต้นเร็ว เป็นต้น 2. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ 3. สอนและช่วยผู้ป่วยจัดท่านอนให้สุขสบายหลีกเลี่ยงการนอนทับตุ่มหนองที่มีอาการปวด 4. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคผ่อนคลายความปวด โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ 5. ดูแลให้พักผ่อน 6. ประเมินผลของการให้การพยาบาลในการบรรเทาปวด 7. ดูแลให้ยา Tramadol (50) 1 tab tid pc และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เวียนศีรษะ หน้ามืด ง่วงนอน ปวดศีรษะ	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อลดภาวะไม่สุขสบายจากการปวด กรณีศึกษาครั้งที่ 1 อาการปวดหายไปภายใน 2 วันแรก สามารถพักผ่อนได้วันละ 6-8 ชั่วโมง กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ในช่วง 2 วันแรก ผู้ป่วย pain scale 2-5 คะแนน ภายหลังเมื่อตุ่มหนองเริ่มแห้ง วันที่ 13-14 ไม่มีอาการปวดพักผ่อนได้
1. ติดตามประเมินอาการแสดงการติดเชื้อเช่น ไข้ ไอ ทานวาล์น มีฝ้าขาวในปาก ถ่ายเหลว เป็นต้น 2. สอนผู้ป่วยถึงการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ การดูแลความสะอาดของใช้และสิ่งแวดล้อม การดูแลความสะอาดร่างกาย 3. แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารปรุงสุกใหม่ ครบ 3 มื้อต่อวัน 4. แนะนำให้ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพ โดยออกกำลังกายที่ไม่ใช้แรงมาก และนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 5. ให้ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย เช่น ช่องปาก แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และบ้วนปากก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก เป็นต้น 6. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัด ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 7. หลีกเลี่ยงการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ 8. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่เชื้อและการรับเชื้อเพิ่ม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเวลามีเพศสัมพันธ์ 9. รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา ต่อเนื่อง 10. มาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามการดำเนินของโรค	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเอง โดยเน้นการให้ข้อมูลบ่อยๆ และมีการถามกลับเพื่อให้มีการตอบโต้ระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนเพิ่มจากเดิม สามารถบอกวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนได้
วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย กลัวสังคมและครอบครัวไม่ยอมรับ	
1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ และทักทายผู้ป่วยทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาล 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐาน เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเอชไอวี

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝิดาซาลิง^{11,12,13}

กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์
มีผื่นติดเชื้อที่ผิวหนังเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง	
3. ใช้การสัมผัสที่นุ่มนวลและความเอื้ออาทรขณะให้การพยาบาลผู้ป่วย 4. ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรค การติดต่อ การป้องกัน แนวทางการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองเมื่อนอนโรงพยาบาลและกลับบ้าน การรับประทานยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ตรงเวลา และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล 5. แนะนำการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ฟังเพลง ไหว้พระ สวดมนต์ 6. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งรบกวนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ 7. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พุดคุยให้กำลังใจ 8. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ โดยวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับญาติ เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคฝิดาซาลิง เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้	และฝิดาซาลิง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีสีหน้าวิตกกังวลลดลง นอนหลับพักผ่อนได้วันละ 6-8 ชั่วโมง ผู้ป่วยบอกการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นเอชไอวีและ ฝิดาซาลิง เมื่อกลับบ้านได้
1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะของโรคและมองเห็นตนเองของผู้ป่วยด้านลบ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิด หรือระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นว่าตุ่มผื่นที่เกิดขึ้น เป็นอาการอย่างหนึ่งของโรค เมื่อผื่นแห้งแล้ว ผื่นจะค่อยๆ จางลงเอง 4. ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นตนเองในด้านบวก 5. อธิบายให้บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย เข้าใจผลกระทบจากโรคของผู้ป่วย และช่วยส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ 6. แนะนำผู้ป่วยประคบผื่นด้วย burrow's solution ตามแพทย์สั่ง จะช่วยให้ตุ่มผื่นแห้งเร็วขึ้น	กรณีศึกษาตอนที่ 1 ได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพลักษณะของตนเอง หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง ปกปิดตำแหน่งที่มีตุ่มผื่นลดลง ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี ตุ่มผื่นแห้งภายใน 5 วัน
มีโอกาสดื้อยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น จากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	
1. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสให้ต่อเนื่อง และตรงเวลา 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการทานยาไม่ต่อเนื่องและการดื้อยาต้านไวรัส 3. ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน โดยวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับญาติ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ 5. กรณีเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด หรือไม่สะดวกไปรับยาต้านไวรัสด้วยตนเอง สามารถแจ้งกับทางโรงพยาบาลที่รักษาส่งยามาให้ที่บ้านได้	กรณีศึกษาตอนที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการดื้อยาต้านไวรัส หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแนวทางการรักษา และรับปากจะช่วยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและตรงเวลา เพื่อไม่ให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และเกิดการดื้อยาต้านไวรัส

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาตอนที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 29 ปี โรค เอชไอวี และฝิดาซาลิง มาพบแพทย์หลังมีอาการ 4 วัน ด้วย มีไข้ อ้ววะะเพศบวม มีตุ่มหนองบริเวณอ้ววะะเพศ ต่อมฝีหนองขาหนีบข้างขวาโต 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปวด บวมอ้ววะะเพศ ต่อมฝีหนองขาหนีบข้างขวาโตมากขึ้น จึงไปพบแพทย์ โรงพยาบาลเมืองพัทยา ตรวจพบ Syphilis Positive แพทย์ให้ Admit เพื่อให้ยา วันที่ 7 ขณะนอนอยู่ที่โรงพยาบาลเมืองพัทยามีตุ่มเพิ่มขึ้นบริเวณใบหน้า

และแขนทั้ง 2 ข้าง ตรวจพบ ฝิดาซาลิง ผู้ป่วย Admit โรงพยาบาลเมืองพัทยา รวม 15 วัน อาการไม่ดีขึ้น โรงพยาบาลเมืองพัทยาขอ refer คนไข้มาที่สถาบัน บำราศนราดรุ การพยาบาลที่ได้รับ ประเด็นปัญหาที่สำคัญได้แก่ มีผื่นติดเชื้อที่ผิวหนัง ปวดบริเวณตุ่มหนอง ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และกลัวสูญเสียภาพลักษณ์

กรณีศึกษาตอนที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 27 ปี โรค เอชไอวี และฝิดาซาลิง มาพบแพทย์หลังมีอาการ 11 วัน ด้วย มีตุ่มใสขึ้นที่แขน ซ้อยาลดใช้ทานเอง 1 วัน

ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวดตุ่มหนองบริเวณ ใบหน้า ปากหน้าอก ฝ่ามือ แขน ฝ่าเท้า กัน ทวารหนัก อวัยวะ เพศ และต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ โต จึงไปพบแพทย์โรงพยาบาลเมืองพัทยา แพทย์ให้ Admit และตรวจ ฝืนดาสลิง พบเชื้อ ฝืนดาสลิง virus และ Syphilis Positive ผู้ป่วย Admit โรงพยาบาล เมืองพัทยา 10 วัน อาการไม่ดีขึ้น โรงพยาบาลเมือง พัทยาขอ refer คนไข้มาที่สถาบันบำราศนราดูร การ พยาบาลที่ได้รับ ประเด็นปัญหาที่สำคัญได้แก่ มีผื่น ติดเชื้อที่ผิวหนัง ปวดบริเวณตุ่มหนอง ขาดความรู้ใน การดูแลตนเอง วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และมีโอกาสต้อ ยาด้านไวรัส

จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างในส่วนของการจัดการการมี เพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน จำนวนวันเริ่มมีอาการ จนถึงวันที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนตุ่ม หนองตามร่างกาย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ ทั้ง 2 กรณีศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่เข้ามา รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้เร็วทำให้ความรุนแรง ของโรคน้อยกว่ารายที่เข้ามาได้รับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลล่าช้า รวมถึงการดูแลตนเองในการ ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส การมีเพศสัมพันธ์แบบ ไม่ป้องกัน ผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน บ่อยครั้งกว่าจะมีความรุนแรงของโรคที่มากกว่า ส่งผลให้ใช้เวลาในการรักษาที่นานขึ้น ต้องนอนรักษา ตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และเสียค่าใช้จ่ายสูง กว่า การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่มีการติดเชื้อฝืนดาส ลิง จำเป็นต้องมีการดำเนินการควบคุมระดับ ภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความ แตกต่างกันเกี่ยวกับพยาธิสภาพของร่างกายและการ ดำเนินโรค ส่งผลให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต่าง ต่างกัน นอกจากนี้การดูแลตนเองหลังการจำหน่าย

เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำสามารถควบคุมพยาธิสภาพ ของโรคเอชไอวีได้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับอาการเจ็บป่วยได้^{12,13}

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการ พยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝืนดาสลิงควร ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งในแต่ละด้านมี ความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันส่งผลต่อสุขภาพและ การดำเนินชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้ป่วยโดยการให้การพยาบาลอย่างเท่าเทียม ไม่ตีตรา ให้การพยาบาลด้วยความอ่อนโยน รับฟังผู้ป่วยอย่าง ตั้งใจ ปลอบโยนให้กำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความ ไว้วางใจ และพร้อมรับฟังคำแนะนำมากขึ้น การให้ ข้อมูลความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ โรคกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการให้ญาติมีส่วนร่วม ในการดูแลคนไข้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับอาการเจ็บป่วยได้¹²

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริการ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและ การให้คำแนะนำต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้ง ให้บริการอย่างเท่าเทียม ไม่ตีตราผู้ป่วย และให้การ บริการจนกระทั่งจำหน่ายเพื่อการอยู่ร่วมกับโรคเอชไอ วี และแนะนำดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคเมื่อมี เพศสัมพันธ์โดยการสวมถุงยางอนามัย

ด้านบริหาร

การส่งต่อข้อมูล Refer ที่มีความครอบคลุมทั้ง ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการรักษา จะเป็นประโยชน์ ในการวางแผนการรักษาต่อ อีกทั้งสามารถลด ระยะเวลาในการจัดการกับปัญหาทางการพยาบาลได้ อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- 1.BBC New. World AIDS Day: Thailand has an average of 16 people infected with HIV per day. UNAIDS is worried about COVID causing the guard to drop [Internet]. 2020 [cited 2024 March 12]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/59478416> (in Thai)
- 2.World Health Organization: WHO. HIV and AIDS [Internet]. 2023 [cited 2024 June 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gad> (in Thai)

- 3.Thairath Online. 40 years! AIDS in Thailand World AIDS Day 2023 [Internet]. 2023 [cited 2024 March 12]. Available from: <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/2744597> (in Thai)
- 4.HIVgov Mpox and People with HIV [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/staying-in-hiv-care/other-related-health-issues/monkeypox/>
- 5.Department of Disease Control. HIV situation in Thailand [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1549120240328063459.pdf> (in Thai)
- 6.Department of Disease Control. Report on the situation of Monkeypox infectious disease [Internet]. 2024 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/monkeypox/dashboard.php> (in Thai)
- 7.Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Patient medical records, year 2023. Department of Disease Control: Nonthaburi (in Thai)
- 8.Pornsiri P. Nursing process & health model: clinical application. 23rd printing. Bangkok: Phim Akson Printing; 2023. (in Thai)
- 9.Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Get to know the infectious disease HIV [Internet]. 2021 [cited 2024 March 10]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue/039/health-station> (in Thai)
- 10.Siriraj Hospital. Smallpox and things you should know [Internet]. 2022 [cited 2024 March 10]. Available from: <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/monkey-pox-skin> (in Thai)
- 11.Wichitra K. Sulee T. Nursing diagnosis and nursing planning. Bangkok: PKK Printing; 2021. (in Thai)
- 12.Sunet M. Nursing care of HIV patients with opportunistic infections: a case study. Journal of Health and Human Services. Environmental Studies 2023; 8:981-7. (in Thai)
- 13.Waraporn K. Nursing care of AIDS patients by case management. Sakon Nakhon Hospital Journal 2022; 25:100-14. (in Thai)

ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสรี

Effects of discharge planning on self-care ability, self-care behavior and blood sugar levels of diabetic patients in inpatient department at Sawee Hospital.

(Received: June 27,2024 ; Revised: June 29,2024 ; Accepted: June 30,2024)

ทรศนี บัวทอง¹

Thassanee Buathong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยในชาย และหญิง โรงพยาบาลสรี จังหวัดชุมพร ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 60 คน ดำเนินการวิจัยช่วง กุมภาพันธ์ 2567 – พฤษภาคม 2567 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมแผนการจำหน่าย จำนวน 3 ครั้ง ได้รับการประเมิน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ในวันแรกรับ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อนการทดลองหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์สถิติ two – way analysis of variance : repeated measure ANOVA และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของวันแรก วันเสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับไม่มีความแตกต่าง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หลังจากทดลองแล้วพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในวันเสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากวันแรกรับ และผลระดับน้ำตาล ในเลือด จากการทดลองพบว่า วันเสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ ลดลงจากวันแรกรับ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จากการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความแตกต่างกันและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่มีความแตกต่างกัน และหลังจากทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองต่ำกว่า กลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of discharge planning on perceptions of self-care ability, self-care behavior and blood sugar levels of type 2 diabetic patients. The sample group was patients admitted Treatment in the male and female inpatient wards of Sawi Hospital, Chumphon Province, who were diagnosed with type 2 diabetes and voluntarily participated in the research, totaling 60 people. The research was conducted during February 2024 - May 2024 by selecting a sample group. Purposive sampling. The sample was divided into 2 groups: a control group and an experimental group. Each group had 30 people. The sample group participated in the distribution

¹ พย.บ. โรงพยาบาลสรี อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

plan 3 times and was evaluated. Perceived ability to take care of oneself self-care behavior Blood sugar levels on the first day of admission immediately after the experiment was completed. and four weeks after the experiment was completed Data were analyzed using frequency, percentage, and mean and standard deviation statistics in groups. Compare scores on perceived ability to take care of oneself. self-care behavior Blood sugar levels before the experiment and immediately after the experiment was completed. and four weeks after the experiment was completed Between the experimental group and the control group By statistical analysis two – way analysis of variance : repeated measure ANOVA and independent t-test.

The research results found that after the experiment, the group of diabetic patients who received a discharge plan had an average score of Increased awareness of self-care ability Increased self-care behavior and blood sugar levels decreased Mean self-care ability perception score on the first day The day finished immediately. and four weeks after completion When comparing them, there is no difference. As for the self-care behavior of diabetic patients After experimenting, it was found that Self-care behaviors for the day are completed immediately. and four weeks after completion Increased from the first day of receiving and results of blood sugar levels from the experiment found that the day finished immediately. and four weeks after completion Decreased from the first day received as for the average score Perceived ability to take care of oneself Self-care behavior in the experimental group was higher than that in the control group. From the study it was found that the control group and the experimental group had no different mean scores on self-care ability and there was no difference on self-care behavior. And after the experiment, the mean blood sugar level scores in the experimental group were lower than those in the control group.

Keywords: discharge planning, self-care ability, self-care behavior, type 2 diabetes patients

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก จากสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก ในปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวาน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนและโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 คน ในทุกๆ 5 วินาที สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศในปี 2563 จำนวน 3.3 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาล ในการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เป็นภาระของ

ครอบครัวที่จะต้องดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะเมื่อเกิดโรคแทรกซ้อนได้แก่โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด การตัดเท้าหรือขา ผลจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าคนปกติ 2.4 เท่า และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า¹ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติเป็นสิ่งสำคัญ และสามารถลดอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ ถ้าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโรคแทรกซ้อนอาจไม่ปรากฏเลย แม้จะเป็นเบาหวานมาแล้ว 10 - 20 ปี ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อส่งเสริม พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดอย่างมีคุณภาพ ระบบการพยาบาลที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพสามารถดำเนินชีวิตอยู่

ได้อย่างปกติคือระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้² โดยใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น การวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องแล้ว ยังป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงเป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความพร้อมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ก่อนจำหน่ายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถปรับตัวปรับใจ ให้รับสภาพความเจ็บป่วย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการของทีมสุขภาพเช่น พยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานความร่วมมือที่จะนำไปสู่ การจัดบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โรเวนสไตน์และฮอฟ³ กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

สำหรับโรงพยาบาลสวามีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 จนถึง พ.ศ.2565 มีจำนวน 1,432 ราย 1,755 ราย และ 1,802 รายตามลำดับ และเสียค่ารักษาพยาบาลถึง 1,617,363 บาท 2,079,510 บาท และ 2,356,412 บาทตามลำดับ (เวชสถิติโรงพยาบาลสวามี, 2563, 2564, 2565) จากการเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสวามีให้อยู่ในระดับ 80-140 มก/ดล พบว่า มีเพียงร้อยละ 50.1 ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 14.4 อัตราการขาดน้ำตาลร้อยละ 16⁴ ในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวามีตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสวามีได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและเชื่อว่าการวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในระดับปกติหรือลดลง เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาล

นำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการนิเทศและพัฒนากระบวนการของโรงพยาบาลสวามีอย่างต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังที่ได้รับการจำหน่าย
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุม
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประเภทของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวัดซ้ำ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมความพร้อมการใช้แผนการวางแผน
จำหน่ายของโรงพยาบาลสวี่ ของผู้วิจัย โดยศึกษาข้อมูล
เกี่ยวกับแผนการจำหน่ายและฝึกทักษะความชำนาญใน
การใช้การวางแผนจำหน่ายของโรงพยาบาลสวี่
2. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบสัมภาษณ์
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแก่ผู้ช่วยวิจัยจำนวน
2 คน ซึ่งทำหน้าที่เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ และใช้
เครื่องตรวจ ระดับน้ำตาลในเลือด Accu-check ®
Advantage CE 0088. ที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน
เรียบร้อยแล้ว ทั้งหอผู้ป่วยในชายและหญิง
3. ติดต่อประสานงานและขออนุญาต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวี่ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของ
การทำวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยเบาหวานที่
เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยในชายและหญิง
4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของ
การเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในชายและ
หญิงทราบเพื่อให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นปฏิบัติการ

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตาม
เกณฑ์ที่กำหนด
2. จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้แนะนำตัวและขอความ
ร่วมมือในการทำวิจัย บอกวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ
วิจัย ขอความร่วมมือในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย
4. เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยประเมิน
แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถในการ
ดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวาน และตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้แบบ
สัมภาษณ์ชุดเดียวกันตั้งแต่ ในวันแรก วันจำหน่าย และ
หลังจำหน่าย 1 เดือน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
5. ผู้วิจัยได้ทำการให้แผนการจำหน่ายผู้ป่วย
6. สิ้นสุดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษ
ที่หอผู้ป่วยในชาย และหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลสวี่
ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567 – พฤษภาคม 2567 โดย
เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ที่กำหนด
(Purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ
วินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่ได้รับการ
รักษาด้วยยาชนิดรับประทานเมื่อจำหน่ายจาก
โรงพยาบาล

เนื่องจากข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึง
เลือกกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยทฤษฎีแนวโน้
เข้าสู่ส่วนกลาง ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ที่มีขนาด 30
ตัวอย่าง ถือว่ามีขนาดใหญ่พอที่จะมีลักษณะการแจก
แจงของค่าเฉลี่ยเป็นปกติไม่ว่าจะสุ่มเลือกมาจาก
ประชากรที่มีการแจกแจงแบบใดก็ตาม (ส่งศักดิ์, 2534)
ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกัน
การสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมตัวอย่าง
ทั้งสิ้น 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สุ่มมา
จากประชากรที่ศึกษา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่ม
ทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยสุ่มตัวอย่าง
แบบง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ
ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการ
ทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย
ข้อมูล 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เป็น
โรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ การสูบบุหรี่ การดื่ม
สุรา ระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สร้างโดย วัลลา ตันตโยทัย² โดยประเมินการรับรู้และมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดและอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเท้า ตลอดจนการจัดการเกี่ยวกับความเครียด ข้อคำถามมีทั้งหมด 44 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สร้างโดย สมศักดิ์ คำธัญญมงคลและคณะ⁵ โดยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพอนามัย การพักผ่อนและการจัดการความเครียด การใช้ยาและการมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ตรวจน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (plasting plasma glucose) การวัดวิธีนี้ตรวจได้จากการเจาะเลือดจากปลายนิ้วผู้ป่วย โดยใช้เครื่อง Accu-check® Advantage CE 0088. ที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานเรียบร้อยแล้ว ประเมินค่าระดับน้ำตาล

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายแบบบันทึกการจำหน่าย คู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว สร้างจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่านและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2 ท่าน แล้วนำมาปรับแก้ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนเพื่อ

ตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง นำคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา สำหรับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นั้นเนื่องจากได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว จึงไม่ได้นำมาทดสอบซ้ำ นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่จะทำการวิจัยจำนวน 10 คน ที่ หอผู้ป่วยในหญิงและชาย โรงพยาบาลสวี่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ โรงพยาบาลสวี่ จังหวัดชุมพร มีจำนวนเตียง 60 เตียง และทำหน้าที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอำเภอใกล้เคียงที่มีขนาดเล็กกว่า และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักเกินความสามารถของโรงพยาบาล

การบริการในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้รักษาได้แก่ หอผู้ป่วยในชาย หอผู้ป่วยในหญิง มีจำนวนเตียงหอผู้ป่วยละ 30 เตียง มีผู้ป่วยรับไว้รักษาเฉลี่ย 15 คนต่อเดือน ผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดส่วนใหญ่มีวันนอน 3-5 วัน ซึ่งมีขั้นตอนการดูแลดังนี้

- 1) เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ซักประวัติและลงบันทึกในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
- 2) แพทย์เจ้าของไข้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันในช่วงเช้า 8.00-12.00 น.
- 3) พยาบาลวิชาชีพให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษา
- 4) เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลจะแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน

แต่ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน ไม่มีเอกสารหรือคู่มือให้ผู้ป่วยศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์สถิติ two – way analysis of variance : repeated measure ANOVA และ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร เอกสารรับรองเลขที่ 054/2567 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสวี ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

กลุ่มควบคุมผู้ป่วยเบาหวานมีอายุอยู่ในช่วงระยะ 56-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 51-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.2 เพศชาย และเพศหญิงร้อยละ 50 สถานภาพสมรส มีสถานภาพสมรสเป็นคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาคือหย่า คิดเป็นร้อยละ 6.7 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.3 อาชีพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 26.7 รายได้ของครอบครัวพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาที่เป็นโรคมามากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ

53.4 กลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัวอื่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.4 กลุ่มควบคุมไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 90 กลุ่มควบคุม ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 96.7

กลุ่มทดลองผู้ป่วยเบาหวานมีอายุอยู่ในช่วงระยะ 55 -60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาคือกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 51-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.6 เพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาคือหม้าย คิดเป็นร้อยละ 6.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาไม่ได้ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.7 อาชีพของกลุ่มทดลองพบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.7 รายได้ของครอบครัวพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 93.3 ระยะเวลาที่เป็นโรคมามากกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีโรคประจำตัวอื่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 ไม่สูบบุหรี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 กลุ่มทดลองไม่ดื่มสุรามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 93.3

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง การดูแลความสะอาดและอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเท้า การจัดการเกี่ยวกับความเครียด มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งวันแรกรับ เสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ ส่วนการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งวันแรกรับ เสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง การดูแลความสะอาดและอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเท้า การจัดการเกี่ยวกับความเครียด มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งวันแรกรับ เสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

ส่วนการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ทั้งวันแรกเริ่ม เสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพอนามัย การพักผ่อน และการจัดการ ความเครียด การใช้ยาและการมาตรวจตามนัดหลังการทดลองเสร็จสี่สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด วันแรกเริ่ม หลังการเสร็จสิ้นทันที และหลังการเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มทดลอง พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพอนามัย การพักผ่อน และการจัดการ ความเครียด การใช้ยาและการมาตรวจตามนัดหลังการทดลองเสร็จสี่สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด วันแรกเริ่ม หลังการเสร็จสิ้นทันที และหลังการเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยสถิติ Two way

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันแรกเริ่ม หลังการเสร็จสิ้นทันที และหลังการเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	Mean difference	Std. Error	P=
กลุ่มทดลอง			
วันแรกเริ่ม	6.18	0.86	<0.001*
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	5.75	0.80	<0.001*
หลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์	0.43	1.15	0.358
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	Mean difference	Std. Error	P=
กลุ่มควบคุม			
วันแรกเริ่ม	0.36	0.48	0.454
หลังการทดลองเสร็จทันที	0.13	0.56	0.812
หลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์	0.76	0.60	0.212

F=26.38, p-value<.001

เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง ด้วยสถิติ Two way repeated measure ANOVA พบว่า โดยรวมคะแนนเฉลี่ย

repeated measure ANOVA พบว่า โดยรวมคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามสี่สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=value <.001) โดยที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อวัดในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลองแตกต่างจากระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะหลังการทดลองสี่สัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=value <.001) ในขณะที่พบว่าผลต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่วัดภายหลังการทดสอบเสร็จสิ้นและการการทดสอบเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.358) ส่วนผลการวิเคราะห์ในกลุ่มควบคุมโดยเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่าง 2 ระยะ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 1

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามสี่สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=18.18, p-

value <.001) โดยที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองเมื่อวัดในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลองแตกต่างจากระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value

<.005) ในขณะที่ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่วัดภายหลังการทดสอบเสร็จสิ้นและการการทดสอบเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.358) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันแรก รับ หลังการเสร็จสิ้นทันที และหลังการเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	Mean difference	Std. Error	P=value
กลุ่มทดลอง			
วันแรก	3.61	1.64	0.036*
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	4.67	1.47	0.004*
หลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์	-1.07	1.15	0.358
กลุ่มควบคุม			
วันแรก	-0.26	1.27	0.836
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	-1.03	1.27	0.422
หลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์	0.76	0.60	0.212

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์

การวางแผนจำหน่าย	N	X	SD.	t	P-value
วันแรก	30	204.63	7.99	3.65	.001*
หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์	30	132.37	6.08		

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยลดลง แสดงดังตารางที่ 3

สรุปและอภิปรายผล

1. จากสมมติฐานที่ 1 หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับแผนการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีคะแนนของค่าคะแนน

เฉลี่ยของวันแรก วันเสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับไม่มีความแตกต่าง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หลังจากทดลองแล้วพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในวันเสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากวันแรก รับ และผลระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จากการทดลองพบว่า วันเสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ ลดลงจากวันแรก

2. จากสมมติฐานที่ 2 หลังจากทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จากการศึกษพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความแตกต่างกัน และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่มีความแตกต่างกัน

3. จากสมมติฐานที่ 3 หลังจากทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม จากการศึกษาคพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ทั้งนี้เนื่องจากผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสวี่ ได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและเชื่อว่าการวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือลดลง⁶ เป็นแนวทางให้พยาบาลนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ส่งเสริม

คุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล⁷ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการนิเทศและพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาลสวี่อย่างต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย⁸

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย อายุรกรรม ควรนำแผนการจำหน่าย ไปประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่างเหมาะสม

2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำคลินิก โรคเบาหวาน ควรนำแผนการจำหน่าย ไปประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Rubin, R. j., Altman, W. M., & Mendelson, D. N. (1994). Health care expenditures for people with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Endocrinol-Metabolism*, 78, 809A -809F
2. วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงคี. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ในสมจิตร์ หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : หจก. วิเจ พรีนติ้ง จำกัด.
3. Lowenstein, A.J., & Holf. P.S.(1994) . Discharge planning : A Study of Nursing Staff Involve. *Journal of nursing Administration* , 24 (4) , 45-50
4. เวชสถิติโรงพยาบาลสวี่. (2565, ตุลาคม). รายงานผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [เอกสารนำเสนอในที่ประชุม]. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2565, โรงพยาบาลสวี่. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์.
5. สมศักดิ์ คำชัยภูมิมงคลและคณะ (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอ บางระกำ จังหวัด พิชณุโลก. รายงานการวิจัย.
6. วัลลา ตันตโยทัย. (2540). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพฯ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อไร้ท่อแห่งประเทศไทย,กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 8. ฤชดา แสงวดี อีรพร สิริอังกูร และเรวดี ศิรินคร,(2539). *แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดซาเทียร์ จังหวัดสกลนคร

Results of guidelines for care psychiatric patients with suicidal thoughts and behaviors
by Satir's Model in Sakon Nakhon Province

(Received: June 27,2024 ; Revised: June 29,2024 ; Accepted: June 30,2024)

จิราพร มณีปกรณ์¹ ชญาดา กลิ่นพิบูลย์² อัครเดช กลิ่นพิบูลย์²

Jiraporn Maneepakorn¹ Chayada Klinpiboon² Akkaradech Klinpiboon²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดซาเทียร์ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแล และ 3) ผลของแนวทางการดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ ภาควิชาเครือข่าย และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จำนวน 46 คน ระยะเวลาที่ศึกษา มีนาคม-ธันวาคม 2566 เครื่องมือประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย แบบประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบก่อนและหลังด้วย paired t-test

ผลการวิจัย พบว่าขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ การถอดบทเรียนผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ สร้างชุมชนต้นแบบ ติดตามการทำงานต่อเนื่อง ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ พบภาวะซึมเศร้าก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 13.82 คะแนน ภายหลังการพัฒนาพบว่าลดลง ค่าเฉลี่ย 3.12 คะแนน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 4.22$ ภาวะการฆ่าตัวตาย ภายหลังการพัฒนาพบระดับภาวะการฆ่าตัวตายลดลง ค่าเฉลี่ย 2.23 คะแนน
คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย, การป้องกันการฆ่าตัวตาย, การบำบัดรักษาตามแนวทางของซาเทียร์

Abstract

This research was research and development aimed to develop and study the results of the care guidelines for psychiatric patients with suicidal thoughts and behaviors using the Satir concept. The research was conducted in 3 phases: 1) Situation analysis, 2) Development of a care model, and 3) Results of the care guidelines. The sample group was a multidisciplinary team, health networks, network partners, and 46 psychiatric patients with suicidal thoughts and behaviors. The study period was March-December 2023. The tools included the care guidelines for psychiatric patients with suicidal thoughts and behaviors, the depression assessment form, and the suicide assessment form. Data were analyzed using percentages, means, and before and after comparisons using a paired t-test.

The research results found that the steps of patient care, starting from the debriefing of successful suicide patients, creating a model community, following up on the work continuously, providing knowledge on suicide prevention, and helping using the Satir concept, found that depression before development was at a moderate level, with an average score of 13.82. After the development, it was found to have decreased, with an average score of 3.12, a statistically significant decrease, $p < .05$, $t = 4.22$. Suicidality After the development, the level of suicidality was found to have decreased, with an average score of 2.23.

¹ โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

² อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ

Keywords: Caring for psychiatric patients with suicidal thoughts and behaviors, suicide prevention, Satir's Model

บทนำ

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชนับว่าเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 45 โดยมีกลุ่มที่เสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคือขาดทักษะในการแก้ปัญหา หุนหันพลันแล่น รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรม แยกตัว หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว กลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด มองตัวเองไร้ค่า มองปัญหาเป็นภาพรวม ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง ร้อยละ 50 การพยายามฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 40 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 7 พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1-2 ปี ร้อยละ 16-34 ปัจจัยกระตุ้น ให้ฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เช่น เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ขาดยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น เครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพ การรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีโรคร่วม การมีบาดแผลทางใจ การเจ็บป่วยทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และมีการใช้แอลกอฮอล์หรือติดสารเสพติด พฤติกรรมการดำเนินชีวิต การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ติดยาเสพติด ติดอินเทอร์เน็ต การกลั่นแกล้งกันในโลกออนไลน์ และการติดอยู่กับกิจกรรมบางอย่างที่ยาวนาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป¹

ประเทศไทยพบข้อมูล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 13.8 และฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเองจะมีโอกาสทำซ้ำและทำสำเร็จได้ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะกลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 94.27 การฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะหนึ่งปีจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 ผู้ทำร้ายตนเองจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10 กลุ่มจิตเวชยาเสพติด จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทาง อารมณ์

มีการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 50 และ ฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ถึงร้อยละ 6.54 ในผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่อการนอนหลับ ความอยากอาหาร สมาธิลดลง ความรู้สึกเศร้า รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกสิ้นหวังและพลังชีวิตลดลง ความเสี่ยงต่อ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรับบริการบำบัด ร้อยละ 97.53 การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่ประเทศต้องสูญเสียประมาณ 16,000 ล้านบาท และสูญเสียทางเศรษฐกิจจากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายปีละกว่า 400 ล้านบาท²

แนวคิดซาเทียร์ (Satir's Model) เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในการบำบัดกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ในหลายด้านความสอดคล้องกลมกลืน กับวิถีชีวิตของวัยรุ่น คู่สมรส ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มใช้สารเสพติด ครอบครัวบำบัด การพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดการปรับตัว เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย สามารถช่วยผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายให้เกิดการเติบโตทางบวกเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างอารมณ์ ความรู้สึกกับพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดล่าสุดวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตใจอย่างเป็นระบบใช้เวลาสั้นและได้ผลดี ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลดอัตราการเข้านอนพักในโรงพยาบาล ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ³

จังหวัดสกลนคร จากสถิติในปี 2562-2566 มี อัตรา การ ฆ่า ตัว ตาย สำ เร็จ 11.89,10.32,8.79,9.28 และ 17.02 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โรงพยาบาลสกลนคร มีหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน บำบัด รักษา และ

ฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน พบผู้ป่วยเข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยประมาณ 15,000 คนต่อปี เป็นผู้ป่วยจิตเวชและใช้สารเสพติด ประมาณ 14,000 คนต่อปี ในปี 2562-2566 มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มารับการบำบัดรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 72, 94 , 93,143 และ 81 คน ตามลำดับ พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ 23,20,17,18 และ 35 ตามลำดับ⁴ โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการ ตรวจวินิจฉัย ป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดซาเทียร์เพื่อรักษาบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้ามองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ตลอดจนมีความสอดคล้องกลมกลืนภายในจิตใจมากขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในจังหวัดสกลนครขึ้น ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและบริบทผู้ป่วยในพื้นที่ รวมทั้งดำเนินการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลจิตเวชผู้บำบัดให้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการบำบัด เพื่อให้สามารถประเมินและช่วยเหลือโดยการบำบัดได้ทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อีกทั้งยังเป็นการยกระดับมาตรฐานการบำบัดรักษาให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์และใช้สมรรถนะของการเป็นผู้นำทางการพยาบาลในการจัดการและพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลสกลนคร

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว และจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดต่างๆ ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญต่อการศึกษถึงผลของการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการ

พัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งเป็นปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน เพื่อขยายผลให้กับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดสกลนคร นำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่พบเห็นได้ก่อนในเบื้องต้น จะช่วยลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและดูแลรักษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดย Satir Model ในจังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดย Satir Model ในจังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ภาควิชาเครือข่าย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง คือเจ้าหน้าที่ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ภาควิชาเครือข่าย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จังหวัดสกลนคร จำนวน 46 คน ระหว่างเดือนมีนาคม 2566 – ธันวาคม 2566 การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ กระบวนการเชิงพัฒนา ได้แก่ การสนทนากลุ่มในประเด็น การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย สภาพการณ์วิเคราะห์ปัญหาประเมินความต้องการจำเป็น จากนั้นจึงจัดอบรมให้ความรู้การคัดกรอง พยาบาลวิชาชีพ ผู้นำชุมชน ผู้เกี่ยวข้อง จัดประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ การบำบัดโดยใช้ Satir Model ทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดโดยใช้ Satir Model ทบทวน ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติ และสรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินภาวะการฆ่าตัวตาย (8Q)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการรักษา บำบัด ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง ผลการรักษาบำบัด ก่อน-หลัง พัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาจากการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม พบว่า ในปัจจุบันมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 19 ราย เพศชาย 17 ราย เพศหญิง 2 ราย ส่วนมากอยู่ในวัยรุ่นและวัยทำงาน อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส พฤติกรรมส่วนบุคคล ติดสารเสพติด ปัจจัยสำคัญได้แก่ การดื่มสุรานักในช่วงนั้น การทะเลาะกับคนใกล้ชิด การมีนิสัยก้าวร้าว โกรธรุนแรง ไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรักษา ใช้วิธีผูกคอ ในช่วงเวลากลางวันที่ไม่มีคนอยู่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเสี่ยง ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 39 คน ร้อยละ 84.78 รองลงมาเพศหญิง จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.22 อายุส่วนมาก 21-30 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 41.30 รองลงมา 31-40 ปี

จำนวน 10 คน ร้อยละ 21.74 และ 41-50 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 13.04 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากรับจ้างทั่วไป จำนวน 20 คน ร้อยละ 43.48 รองลงมาทำไร่นา จำนวน 13 คน ร้อยละ 28.26 และ ว่างาน จำนวน 11 คน ร้อยละ 23.91 การศึกษาส่วนมากประถมศึกษา จำนวน 19 คน ร้อยละ 41.30 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 14 คน ร้อยละ 30.43 และไม่ได้ศึกษา จำนวน 9 คน ร้อยละ 19.57 ตามลำดับ รายได้ส่วนมาก ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 17 คน ร้อยละ 36.96 รองลงมา 5,000-10,000 บาทจำนวน 16 คน ร้อยละ 34.78 และมากกว่า 10,001 บาท จำนวน 13 คน ร้อยละ 28.26 ตามลำดับ

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดหาเหตุในจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 7 แนวทางดังนี้ 1) ถอดบทเรียนในรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกราย ประสาน เจ้าหน้าที่ในเขตที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประชุมทีม อสม. ผู้นำชุมชน อบต. อปท. จนท.รพ.สต. ค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ด้านครอบครัว ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ทีม รพ.สต. ลงเยี่ยม เมื่อพร้อมสัมภาษณ์ โดยการใช้แบบสอบถามโรค หาปัจจัยกระตุ้น บุคคล ก้าวร้าว โกรธรุนแรง เก็บตัว ไม่ปรึกษาใคร ครอบครัว ครอบครัวแตกแยก สัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว สังคมชุมชน ไม่สนใจ ไม่ตระหนัก 2) สร้างชุมชนต้นแบบ โดยนำร่องขึ้น 2 ชุมชนคือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาด และขยายผลให้ครอบคลุมทุกตำบลในอนาคต 3) ใช้กระบวนการทำงานที่ต่อเนื่อง และมีรูปแบบที่ชัดเจน โดยชุมชนมีส่วนร่วมบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับงานบริการต่างๆ 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพจิตในโรงเรียน อสม. และในชุมชน เน้นการคัดกรองด้วย 2Q 5) ใช้คลิปวิดีโอสั้นช่วยในการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายเสียงในหมู่บ้าน 6) จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ค้นหาข้อมูลเชิงลึก และจัดการความเสี่ยง 7) จัดทำโครงการลดการใช้สารเสพติดต่างๆในชุมชน ลด

ละ เลิก บุหรี่ สุรา ในชุมชน โดยบูรณาการบร
ร่วมกับ สสส. และกองทุนเทศบาลและ อปท.

3. ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิต
เวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยใช้
แนวคิดชาเทียร์ในจังหวัดสกลนคร พบว่า ภาวะ
ซึมเศร้า (9Q) ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ
ปานกลางมีค่าเฉลี่ย 13.82 คะแนน หลังจาก
พัฒนาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงเป็นไม่มี
ภาวะ มีค่าเฉลี่ย 3.12 คะแนน จากการทดสอบ

ทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = 4.22$ ภาวะฆ่าตัว
ตาย (8Q) ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปาน
กลาง มีค่าเฉลี่ย 9.03 คะแนน หลังจากพัฒนา
พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงเป็นไม่มีภาวะ มี
ค่าเฉลี่ย 2.23 คะแนน จากการทดสอบทางสถิติ
พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 $p < .05$, $t = 4.22$ ดังแสดง ใน
ตาราง 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเสี่ยงก่อนพัฒนารูปแบบและ
หลังพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิด
ชาเทียร์ จังหวัดสกลนคร

ตัวแปร	ก่อนพัฒนารูปแบบ			หลังพัฒนารูปแบบ			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	13.82	1.27	ปานกลาง	3.12	0.03	ไม่มีภาวะ	4.22	<0.001*
ภาวะฆ่าตัวตาย (8Q)	9.03	1.41	ปานกลาง	2.23	0.02	น้อย	3.62	<0.001

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และสภาพปัญหาการฆ่าตัวตาย
สำเร็จ ส่วนมากเป็นเพศชาย ส่วนมากอยู่ในวัยรุ่น
และวัยทำงาน อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส
พฤติกรรมส่วนบุคคล ติดสารเสพติด ปัจจัยสำคัญ
ได้แก่ การดื่มสุราหนักในช่วงนั้น การทะเลาะกับคน
ใกล้ชิด การมีนิสัยก้าวร้าว โกรธรุนแรง ไม่เคยเข้าสู่
กระบวนการรักษา ใช้วิธีผูกคอ ในช่วงเวลากลาง
วันที่ไม่มีคนอยู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มี
ภาวะเสี่ยงส่วนมากเป็นเพศชาย อายุส่วนมาก 21-
30 ปี อาชีพส่วนมากรับจ้างทั่วไป รองลงมาทำไร
ทำนา และว่างงาน การศึกษาส่วนมาก
ประถมศึกษา รองลงมามีธยมศึกษาตอนต้น และ
ไม่ได้ศึกษา ตามลำดับ รายได้ส่วนมากต่ำกว่า
5,000 บาท สอดคล้องกับ จรรยาธิษั มีวงษ์สม
และคณะ⁵

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิด
และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายโดยใช้แนวคิดชาเทียร์
ในจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 7 แนวทางดังนี้

1) ถอดบทเรียนในรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกราย 2)
สร้างชุมชนต้นแบบ 3) ใช้กระบวนการทำงานที่
ต่อเนื่องและมีรูปแบบที่ชัดเจนโดยชุมชนมีส่วนร่วม
4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพจิต 5) ใช้
คลิปวิดีโอสั้นช่วยในการประชาสัมพันธ์ 6) จัดทำ
ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงค้นหาข้อมูลเชิงลึก 7) จัดทำ
โครงการเลิกสารเสพติดในชุมชนโดยบูรณาการบ
ร สสส. ร่วมกับ อปท. สอดคล้องกับ พิงเนตร สฤชดี
นิรันดร์ และ นันทน์ภัส สดามรรค⁶

ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายโดยใช้
แนวคิดชาเทียร์ในจังหวัดสกลนคร พบว่า ภาวะ
ซึมเศร้าก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางภายหลัง
การพัฒนาพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าลดลงเป็นไม่มี
ภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะฆ่าตัวตาย
ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการ
พัฒนาพบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ สอดคล้องกับ ไพจิตร พุทธรอด และ
กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ⁷

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวทางทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดชาเทียร์ จังหวัดสกลนคร ไปใช้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดตนเอง โดยสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม การประชาสัมพันธ์ การสร้างเสริมความรู้ และการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน
2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ
3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลและจังหวัดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

กัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยคลินิกจิตเวช และบุคลากร ในโรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide in the world. In Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization. 2019.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค. 2559.
3. นิตยา จรัสแสง. ผลการบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;36(2): 97-114.
4. โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางสุขภาพจิตจากฐานข้อมูล HDC. 2566.
5. จรรย์รักษ์ มีวงษ์สม และคณะ. สถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2559. วารสารวิชาการอาชีวศึกษาและนิติวิทยาศาสตร์. 2564;7(2): 90-107.
6. ไพจิตร พุทธรอด และ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. การบำบัดโดยธาตุทวารายใต้แนวคิดของชาเทียร์ในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก. สรรพสิทธิเวชสาร. 2558;36(3): 151-159.
7. ไพจิตร พุทธรอด และ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดชาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1): 484-492.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุกร่วมกับการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ: กรณีศึกษา Nursing care of a patient with gestational trophoblastic neoplasia with bladder injury : A case study.

(Received: June 28,2024 ; Revised: June 29,2024 ; Accepted: June 30,2024)

จินตนา อุบลทิพย์¹

Chintana Ubonthip¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุกร่วมกับการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ศึกษาในผู้ป่วยหญิงอายุ 31 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 15 มีนาคม 2567 ด้วยอาการสำคัญ ปวดท้องน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ วินิจฉัยมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก ได้รับการผ่าตัดมดลูก และปีกมดลูก 2 ข้าง ระยะเวลาผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือด ไม่สุขสบายปวดท้องน้อย

ผลการศึกษา: ระยะเวลาหลังผ่าตัด ไม่สุขสบายจากอาการท้องอืด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระ ได้รับการตรวจสอบกล้องทางเดินปัสสาวะ พบการบาดเจ็บที่กระเพาะปัสสาวะ เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมกระเพาะปัสสาวะ หลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจ 2 วันถอดท่อหายใจได้เปลี่ยนเป็นออกซิเจนอัตราการไหลสูง ได้ให้การพยาบาลป้องกันการติดเชื้อที่ปอด ควบคุมและบริหารยาแก้ปวด ป้องกันการติดเชื้อที่แผล ผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จิบน้ำ และรับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืดตึง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 26 มีนาคม 2567 รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก, การบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing process for a patient with molar pregnancy complicated by bladder injury. A 31-year-old female patient was admitted to the hospital on March 15, 2024, with the main symptoms of lower abdominal pain and heavy vaginal bleeding for 3 hours before arriving at the hospital. A CT scan diagnosed molar pregnancy. She underwent a hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. Preoperatively, she was at risk for shock due to blood loss and experienced discomfort from lower abdominal pain. Postoperatively, she experienced discomfort from bloating, nausea, vomiting, and constipation. A cystoscopy revealed bladder injury, and she underwent bladder repair surgery. Results: After surgery, she was intubated and placed on a ventilator for 2 days before being extubated and switched to high-flow oxygen therapy. Nursing care included infection prevention for the lungs, pain management, and wound infection prevention. The patient gradually improved, was able to sip water and eat food without abdominal bloating. A Foley catheter was left in place, with urine being clear yellow. She was discharged on March 26, 2024, having stayed in the hospital for a total of 11 days.

Keywords: Nursing, Molar Pregnancy, Bladder Injury

บทนำ

โรคมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก หรือ มะเร็งของเนื้อรกพบได้ประมาณร้อยละ 9.9 -34.8 จากผู้ป่วย

ที่เป็นโรคครรภ์ไข่ปลาอุก (post molar gestational trophoblastic neoplasia, post molar GTN) ซึ่งการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (Molar

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากช่องนานา

pregnancy) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในการตั้งครรภ์ ประเทศในแถบเอเชียพบมากกว่าประเทศในแถบอเมริกา และยุโรป ซึ่งในประเทศแถบเอเชียมีอุบัติการณ์ประมาณ 1:500 - 1:120 ของการคลอด^{1,2} การตั้งครรภ์ไขปลาอุกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ในช่วงสามเดือนแรกเกิดมีการเจริญเติบโตแบ่งตัวอย่างไร้ระเบียบของรกกลายเป็น “ถุงน้ำ” ลักษณะเหมือน “เม็ดสาคุ” หรือ “ไขปลา” จำนวนมากอยู่ภายในถุงน้ำคร่ำทารกมักพิการเสียชีวิตหรือไม่มีทารกซึ่งเป็นลักษณะการแบ่งตัวคล้ายกับเซลล์มะเร็งมีอัตราการกลายเป็นมะเร็งเนื้อรกร้อยละ 20³ แต่ถึงอย่างไรก็ยังมีแนวทางการรักษาให้หายได้ร้อยละ 100 ถ้ายังไม่แพร่กระจายไปที่อื่น และประมาณร้อยละ 60 - 80 ถ้ามีการแพร่กระจายไปที่อื่นทั้งยังสามารถมีบุตรได้ใหม่เมื่อรักษาหาย⁴ การรักษาเป็นการทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการดูดเอารกออกและตามด้วยการดูดมดลูกเอาเศษรกออกให้หมด (Suction and curettage) ซึ่งถ้ามีเนื้อรกบางส่วนหลงเหลือก็อาจเกิดการตกเลือดรุนแรงได้

ในช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 พบหญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลปากช่องนานามีภาวะแทรกซ้อนเป็นการตั้งครรภ์ไขปลาอุกค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ไขปลาอุกมีความสำคัญ ถึงแม้จะพบอุบัติการณ์ค่อนข้างน้อย แต่เมื่อพบแล้วความรุนแรงมีผลกระทบทั้งต่อชีวิตมารดาและทารก และสิ่งสำคัญคือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้มีความสูญเสียต่าง ๆ ตามมามากมายในภายหลังทั้งต่อตัวผู้ป่วย และโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษา การ

พยาบาลและผลการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งครรภ์ไขปลาอุกร่วมกับการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งครรภ์ไขปลาอุกร่วมกับการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
4. วางแผนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล
5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงต่างด้าวอายุ 31 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 15 มีนาคม 2567

อาการสำคัญ

ปวดท้องน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 สัปดาห์ (19 กุมภาพันธ์ 2567) ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง มีเลือดออกทางช่องคลอด ได้รับการวินิจฉัย Molar pregnancy รักษาด้วยการดูดมดลูก (suction curettage)

10 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องมีเลือดออก ไม่ได้รับการรักษาที่ไหน

3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

ตารางที่ 1 การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

แผนสุขภาพ	การประเมิน
แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ	ปฏิเสธสิ่งเสพติด ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ หรือติดสารเสพติดใด ๆ เวลาเจ็บป่วยเพื่อนร่วมงานจะพามาตรวจ
แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม	รับประทานอาหารตามเวลา รับประทานอาหารได้ทุกประเภท ไม่พบปัญหาในการรับประทานอาหาร ชอบรับประทานอาหารดิบ ไม่มีประวัติน้ำหนักลดลงอย่างผิดปกติในรอบปีที่ผ่านมา น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร
แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย	การถ่ายปัสสาวะปกติวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีแสบขัด ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้งทุกวัน ลักษณะอุจจาระปกติ การขับถ่ายทางผิวหนังมีเหงื่อออกปกติ
แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันปกติ ไม่ได้มีแบบแผนในการออกกำลังกาย
แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน	การนอนหลับ ผู้ป่วยนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 21.00 น.-07.00 น. ไม่เคยรับประทานยานอนหลับ
แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้	สติปัญญาและการรับรู้ปกติ
แบบแผนที่ 7 แบบแผนการเรียนรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	มีสีหน้าวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด
แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพดีกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน สามารถพึ่งพาได้ ไม่มีปัญหาในการปรับตัวหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น
แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหา
แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาสามี เพื่อนร่วมงานที่มาทำงานด้วยกัน
แบบแผนที่ 11 แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส
 ชีพจร 76 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/65 มิลลิเมตรปรอท
 HEENT: pale
 Neck: normal
 Heart: Normal, no murmur
 Lung: equal breath sound both lung, clear, no wheezing
 Abdomen: soft, not tender, pelvic mass 14 wks size
 MIUB: normal
 Extremities: no limit ROM
 Neurological: E4V5M6 pupil Ø 2 mm
 RTL BE

การตรวจทางนรีเวช

PV: IUB normal
 Vg: bloody
 Cx: no mass, os open FT
 UT: 14 wks size not tender
 Adx: tender
 CDS: no bulging
ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound)
 heteroechoic mass in uterine cavity
ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง
 The uterus is enlarged with multiple cysts and heterogeneously enhancing contents in uterine cavity. There is delayed enhancing mass at left posterior of uterus, 6.77x6.46x6.49 cm (volume = 147.74 ml)

without invasion to adjacent organ. A thick-walled cyst at left ovary (1.76x1.44x1.6cm). Mild fatty liver.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

WBC 7,340 cell/cu.m.m, Neutrophil 60%, Lymphocyte 32%, Monocyte 7%, Hct 25.9%, PT 12 sec, INR 1.28, PTT 34.9 sec,

Biochemistry Na 136 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 107 mmol/L, CO₂ 19 mmol/L, BUN 6.5 mg/dl, Cr 0.5 mg/dl

Beta HCG 136,000 mIU/ml

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด 1. เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1. มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืน 2. Hct 25.9%	การพยาบาล 1. สังเกตความรู้สึกตัว การโต้ตอบรู้เรื่องหรือไม่ เพื่อประเมินภาวะช็อก 2. จัดท่าผู้ป่วยนอนราบเพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ 3. ดูแลให้ออกซิเจนแบบ Canular 5 LPM เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กับเม็ดเลือดแดงที่มีปริมาณน้อยลง สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ 4. สังเกตความรุนแรงจากปริมาณเลือดที่ออกไม่เกิน 30 ซีซีต่อชั่วโมง เปลี่ยนผ้าด้านล่างอาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ 5. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะมีภาวะช็อก 6. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อทดแทนการเสียเลือด คือ 0.9% NSS 1000 ml iv 100 ml ติดตามผล serial Hct ทุก 6 ชั่วโมง 7. GM PRC 4 units และให้เลือด PRC 1 units ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะได้รับเลือด เช่น มีไข้สูง มีผื่นขึ้น แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก 8. สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที 9. เจาะ Hct ภายหลังให้เลือดหมดแล้ว 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะการตกเลือดและผลภายหลังให้เลือด การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ยังมีเลือดออกทางช่องคลอด
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดท้องน้อย ข้อมูลสนับสนุน 1. บ่นปวดท้องน้อยเป็นพัก ๆ 2. สีหน้าไม่สุขสบาย หน้าหน้าีความวิตกกังวล 3. pain score 3-4 คะแนน	การพยาบาล 1. ประเมินความเจ็บปวด ลักษณะของความเจ็บปวด ตำแหน่งที่เจ็บปวด และความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็นระยะ ๆ 2. จัดให้นอน Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลง ลดอาการปวดท้อง 3. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจ โดยการหายใจเข้าออกลึกๆยาว ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ความเจ็บปวดมากขึ้น 4. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอดภัยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัย 5. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Pain score เพื่อประเมินสภาพอาการ และความรุนแรงของอาการปวด 6. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา MO 3 mg iv prn ทุก 4 ชั่วโมงสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ หายใจแน่นหน้าอก ผื่น 7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ การประเมินผล มีสีหน้าไม่สุขสบาย กระสับกระส่ายบางครั้ง บ่นปวดท้องน้อยลดลงเป็นพัก ๆ Pain score 2-3 คะแนน
3. วิตกกังวลจากขาดความรู้ ความเข้าใจก่อนการผ่าตัด	การพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. “ทำไมครั้งนี้ต้องผ่าตัด” 2. ผู้ป่วยต้องผ่าตัดแอมดลูก และปีกมดลูกออกทั้ง 2 ข้าง จะไม่มีบุตรได้อีก	2. ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัด และสาเหตุ เพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง 3. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ เตรียมบริเวณผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือด ให้สารน้ำและเลือด การงดอาหารและน้ำ ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ การประเมินผล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย เมื่อสอบถามผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการทำผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง
ระยะหลังผ่าตัด 4. อาจเกิดภาวะสุดสัณหลังผ่าตัดเนื่องจากได้ยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน 1. หลังออกจากห้องผ่าตัด ยังตื่นไม่เต็มที่ 2. โอดมีเสมหะในลำคอ	การพยาบาล 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว gag reflex ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุก 15-30 นาที 2. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ เอียงหน้าไปด้านขวา เพื่อช่วยให้ Secretion ไหลออกจากปากได้ดีขึ้น ป้องกันการสำลักของเศษอาหาร น้ำ ขณะที่อาเจียนเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ และป้องกันมิให้ลิ้นของผู้ป่วยตกไปข้างหลัง ทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจ 3. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่ง หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง ในระยะ 24-48 ชั่วโมง 4. วัด O ₂ saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ 5. เตรียมอุปกรณ์ในการดูดเสมหะให้พร้อมใช้ ในกรณีที่ต้องดูดเสมหะและน้ำลายในลำคอ 6. เมื่อผู้ป่วยตื่นดี สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่ช้า ๆ และหายใจออกยาว ๆ ทันทีที่รู้สึกตัว 1-2 ชั่วโมง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะที่คั่งค้างออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ กลั้นไว้สักครู่ แล้วไอออกมาแรง ๆ และใช้อุ้งมือพุงบดแผลด้วย เพื่อป้องกันการกระเือนของบาดแผล จะทำให้ปวดแผลมากขึ้น การประเมินผล ไม่มีภาวะ cyanosis ปลายมือปลายเท้าไม่ซีดเขียว สัญญาณชีพ ชีพจร 72-78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท O ₂ saturation 99-100 %
5. เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. แผลหน้าท้องมีเลือดซึมเปื้อนก้อนเล็กน้อย 2. ระหว่างผ่าตัดสูญเสียเลือด 900 ซีซี	การพยาบาล 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 1 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ เพื่อประเมินอาการและภาวะช็อกหลังผ่าตัด 2. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr และ PRC 1 unit ต่อเนื่องจากห้องผ่าตัดเพื่อทดแทนสมดุลของสารน้ำและเลือดในร่างกาย 3. สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด 4. เพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายโดยให้ออกซิเจน canular 5 LPM 5. สังเกตอาการ เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ท้องอืด แผลหน้าท้องมีเลือดซึม มีเลือดออกทางช่องคลอด 6. เจาะเลือดตรวจ Hct ภายหลังเลือดหมด เพื่อประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือด 7. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก การประเมินผล หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน ไม่มีอาการแสดงของ ช็อก ได้แก่ หน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น ปัสสาวะออก 50 ซีซี/ชั่วโมง แผลหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด Hct หลังเลือดหมด 32% สัญญาณชีพ ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/54-120/68 มิลลิเมตรปรอท
6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน	การพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
บ่นปวด pain score 8 คะแนน	- ประเมินพฤติกรรมในการแสดงความเจ็บปวดของผู้ป่วย จากคำบอกกล่าวและสีหน้า จัดท่านอน Fowler's position หรือ Semi fowler's position ช่วยให้อาการเจ็บปวดลดลง - สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย - ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และอธิบายให้ ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับระยะเวลาในการเจ็บปวด ว่าในช่วงผ่าตัดวันแรกจะปวดมากหลังจากนั้นจะทุเลาลงเรื่อย ๆ - จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายขึ้น สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้ครอบคลุมการพักผ่อนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด - ดูแลให้ยาแก้ปวด MO 3 mg iv prn ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ภาวะกดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน การประเมินผล ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลง สีหน้าผ่อนคลายลง ไม่มีหน้ามืดวิงเวียน สัญญาณชีพ ชีพจร 84-90 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/90-130/90 มิลลิเมตรปรอท pain score 2-3 คะแนน
7. เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส 2. แผลซึมเล็กน้อย	การพยาบาล - ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และผิวหนัง เพื่อลดการติดเชื้อ - ทำความสะอาดด้วยวิธีล้างและซับให้แห้งทุกครั้งหลังขับถ่ายและควรเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และสังเกตลักษณะผิดปกติของเลือดที่ออก - สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการนำเชื้อโรคสู่บาดแผล - บันทึกสัญญาณชีพทั้งอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อการเปลี่ยนแปลง พบอุณหภูมิร่างกายสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ แสดงถึงภาวะการติดเชื้อในร่างกาย - ดูแลการได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และการหายของแผล เช่น ให้รับประทานอาหารจำพวก ไข่ นม เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีมาก ๆ เช่น ส้ม ฝรั่ง เพื่อช่วยในการหายของแผล รวมทั้งน้ำดื่มสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อขับของเสียต่างๆ ออกจากร่างกายทางปัสสาวะ การประเมินผล อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.2 องศาเซลเซียส ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่บวมแดง ไม่มี discharge เป็นหนอง ไม่มีกลิ่นเหม็น เลือดออกทางช่องคลอดไม่มีกลิ่นเหม็นเน่า
8. ไม่สบายจากภาวะท้องอืด ข้อมูลสนับสนุน 1. ท้องอืด ฟังไม่ได้ยินเสียง bowel sound 2. “อึดแน่นท้อง ยังไม่ผายลมเลย”	การพยาบาล - ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการสังเกตและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะท้องอืด ฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าผลของยาจะจับความรู้สึกทั่วร่างกาย จะทำให้อวัยวะภายในระบบย่อยอาหารหยุดการทำงานชั่วคราว ส่งผลทำให้หลังผ่าตัดอาจเกิดอาการท้องอืดได้ประกอบกับที่ผู้ป่วยยังไม่ถ่ายอุจจาระจึงทำให้เกิดอาการมากขึ้น - ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า Fowler 's position เพื่อช่วยให้อาการท้องอืดและลดอาการแน่นท้อง - กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่นอนพักบนเตียงและให้มีการลุกออกจากเตียงเพื่อเดินให้เร็วที่สุด จะช่วยให้ระบบย่อยอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดมากขึ้น ลดการเกิดภาวะท้องอืด - เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้แนะนำอาหารที่มีกากใยเพื่อช่วยให้ถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น เช่น ผักชนิดต่างๆ ผลไม้ และดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ดูแลให้ยาขับลม Air-X 1 tab 3 เวลา หลังอาหาร การประเมินผล อาการปวดท้องผู้ป่วยไม่ดีขึ้น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระ ได้รับการตรวจสอบกล้องทางเดินปัสสาวะ พบการบาดเจ็บที่กระเพาะปัสสาวะ เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมกระเพาะปัสสาวะ หลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจเข้ารับการดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก 2 วันถอดท่อหายใจได้เปลี่ยนเป็นออกซิเจนอัตราการไหลสูง และสามารถย้ายกลับหอผู้ป่วยสูตินรีเวช
9. ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. เป็นชาวต่างดาว สื่อสารพอเข้าใจ 2. ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง	การพยาบาล 1. การพักผ่อน ควรพักผ่อนมากๆ ใน 2 สัปดาห์แรก กลางคืนอย่างน้อย 8-10 ชม. กลางวันประมาณ 1-2 ชม. 2. การทำงาน ใน 2 สัปดาห์แรกควรทำงานที่เบาๆ ห้ามยกของหนัก ถ้าออกแรงมากๆ จะเพิ่มความดันในช่องท้องทำให้แผลผ่าตัดด้านในแยกได้ เมื่อครบ 6 สัปดาห์ สามารถทำงานได้ตามปกติ 3. อาหาร ควรรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ต่างๆ ถั่ว ไข่ นม ดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้ว ควรดื่มน้ำที่สะอาด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 4. การรักษาความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด ไม่ให้แผลเปียกน้ำ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำสะอาด ควรชำระจากด้านหน้าไปด้านหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา ควรเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยถูกตัดมดลูก จะทำให้ไม่มีประจำเดือน แต่ใน 2-3 วันหลังผ่าตัดจะมีเลือดออกได้ แต่จะไม่มากและหายไปเองให้ใส่ผ้าอนามัยสังเกตุอาการ 5. การร่วมเพศ งดการร่วมเพศจนครบ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัดและไม่มีความผิดปกติ 6. ด้านจิตใจ พยายามทำให้จิตใจสบาย ไม่ควรวิตกกังวล 7. อาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ ได้แก่ มีไข้ แผลผ่าตัดบวมแดง มีเลือดสดๆ ออกทางช่องคลอดมาก อักเสบ บวมแดง แข็งเป็นก้อน น่องบวมแดง กดเจ็บ ปัสสาวะมีสีแดง 8. สอนการดูแลสายสวนปัสสาวะ การประเมินผล ผู้ป่วยรับฟัง เข้าใจดี หลังติดตามการรักษา ผู้ป่วยแข็งแรงไม่ซีด แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด รับประทานอาหารได้ตามปกติ

สรุปและอภิปรายผล

การตั้งครรภ์ไขปลาคูเป็นปัญหาทางด้านสูติ - นรีเวชของหญิงวัยเจริญพันธุ์อย่างหนึ่งที่สำคัญ เมื่อตรวจพบการตั้งครรภ์ไขปลาคู มีความเสี่ยงที่จะพบว่าเป็นมะเร็งได้สูง ต้องมีความรวดเร็วในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา และการทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยเร็วที่สุดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น² การวางแผนการ

ดูแลให้การพยาบาลต้องครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และต่อเนื่องไปจนถึงการติดตามหลังการรักษาอย่างจริงจัง ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขอันประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ควรได้รับการฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง และมีแนวทางในการปฏิบัติที่ได้มาตรฐานเป็นรูปแบบเดียวกัน⁴

เอกสารอ้างอิง

1. Mandolin Ziadie. Placenta Gestational trophoblastic disease Complete mole. Pathology outline Find Pathology Information Fast. <http://www.pathologyoutlines.com/topic/placentacompletemole.html>. Accessed June 25, 2016.

- 2.พิรพงศ์ อินทศร,เรืองศักดิ์ เลิศขจรสุข.มะเร็งนรีเวชวิทยา. ครรภ์ไขปลาคอก. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2564
- 3.Dharam Ramnani. webpathology visual survey of surgical pathology 2003-2016. Partial hydatidiform mole.
<http://www.webpathology.com/image.asp?case=586&n=2>.
- 4.Fu J, Fang F, Xie L, Chen H, He F, Wu T, Hu L, Lawrie TA. Prophylactic chemotherapy for hydatidiform mole to prevent gestational trophoblastic neoplasia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012, Issue 10. Art. No.: CD007289. DOI: 10.1002/14651858.CD007289.pub2

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Factors affecting falls among the elderly Elderly People In Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 28,2024 ; Revised: June 29,2024 ; Accepted: June 30,2024)

สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์¹ นุชจรินทร์ แก่นบุปผา² พนาไพร โฉมงาม² นัจจรินทร์ ผิวผ่อง² ดวงกมล หน่อแก้ว²
Sukhontip Arunkamonphat ¹Nutcharin Kanbuppa²Phanaprai Chomngam² Natjarin Phiwhphong²Duangkamon okkaew²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 430 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 ใช้สถิติเชิงอนุมานในการหาปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 55.7 ($R^2=0.561$, $R^2_{adj}=0.557$, $SE_{est}= 3.8428$, $F= 181.137$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยพบว่าแนวทางการป้องกันการการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว

คำสำคัญ: ปัจจัย พฤติกรรม การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

Abstract

The objective of this cross-sectional analytical research aim to study the factors affecting falls among the elderly in Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 430 people in In Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. Data were collected using a questionnaire created by the researcher between October,2023 and December,2023. Data were analyzed using descriptive statistics. Frequency, percentage, mean, standard deviation, median, 2 5 th and 7 5 th percentiles were used. Inferential statistics were used to determine predictive factors using multiple regression analysis. The results of the research revealed that the factors affecting the falls of the elderly. In Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province has a total of 3 factors: social support, perception of self-efficacy and Perception of the risk of falls,together they can explain the variations in factors affecting falls among the elderly in Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province, percentage 55.7 percent ($R^2=0.561$, $R^2_{adj}=0.557$, $SE_{est}= 3.8428$, $F= 181.137$, $p < 0.001$) were statistically significant at the 0.05 level from the research findings on behavior modification prevention and control of falls among the elderly of In Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province should take into account such factors.

Keyword: Factors affecting, falls among the elderly

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author: สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ E-mail: sukhotip@scphub.ac.th

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์ประชากรสูงอายุทั่วโลกมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจนทั่วโลกกลายเป็นสังคมสูงอายุ¹ โดยประชากรในอาเซียนได้มีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ซึ่งประเทศในภูมิภาคอาเซียนที่กำลังเข้าสู่เป็นสังคมสูงอายุแล้วมีทั้งหมด 3 ประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ไทย และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 20, 17 และ 11 ตามลำดับ¹ ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติและต่อมาในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศจนก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) และในปี 2560 – 2564 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มสูงขึ้นจาก 4.06 ล้านคน ในปี 2560 เป็น 4.36 ล้านคน และในปี 2561 ลดลงเล็กน้อยเป็น 4.23 ในปี 2563 หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 4.88 ล้านคน ในปี 2564² ซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน เป็นต้น ทำให้ต้องมีการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้สูงอายุจึงต้องการการพึ่งพามากขึ้น ประกอบกับร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีการผิดรูปของข้อต่างๆ ส่งผลให้มีการทรงตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติผลที่ตามมาและเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้³

จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2566 ในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue book application) จำนวน 9,621,991 คน

พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวจำนวน 994,541 คน มีความผิดปกติด้านการมองเห็นจำนวน 1,161,500 คน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจำนวน 507,216 คน⁴ ซึ่งปัจจัยทั้งสามด้านนี้เป็นความเสี่ยงซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอัตราการพลัดตกหกล้มได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งผลของการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การพลัดตกหกล้มมีตั้งแต่การล้มบนพื้นระดับเดียวกัน จากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด ถูกผู้อื่นชนหรือดัน หรือการล้มจากระดับหนึ่งไปสู่ระดับหนึ่ง เช่น จากการปีน ตกจากที่สูง ตกบันได รวมถึงการตกหรือล้มที่เกี่ยวข้องกับเก้าอี้ เติง รถเข็น เฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น⁴

การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี 2555 (เฉลี่ยวันละ 1,160 คน) สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตกว่า 1,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงกว่า 3 เท่า⁵ ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่สำคัญ เนื่องจากภาวะหกล้มในวัยอื่นอาจดูว่าเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ แต่ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ไม่ถือว่าเป็นเรื่องปกติ แต่ถือว่าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) เนื่องจากพบได้บ่อยและมักเป็นสัญญาณเตือนถึงอาการผิดปกติที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องหาสาเหตุ ให้การรักษา และป้องกันการเกิดซ้ำ ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มในชุมชนในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 20 โดยแบ่งเป็นความชุกในผู้หญิงร้อยละ 24.1 ในผู้ชาย ร้อยละ 12.1 โดยในแต่ละปีมีผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 3 เกิดภาวะหกล้ม โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่

หกล้ม จะเกิดภาวะหกล้มซ้ำซ้อนแต่อุบัติการณ์ของภาวะหกล้มมักต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากส่วนใหญ่เชื่อว่าเป็นเรื่องปกติของ วัยสูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วมีกระดูกสะโพกหัก ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1 ใน 4 จะเสียชีวิตในเวลา 1 ปีต่อมา⁶⁷

จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 396,268 คนจากประชากรทั้งหมด 1,869,806 คนคิดเป็นร้อยละ 21.19 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 29,050 คน จากประชากรทั้งหมดจำนวน 79,983 คน คิดเป็นร้อยละ 36.32⁸ เป็นระดับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยสมบูรณ์ จากการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเด็นการพลัดตกหกล้มในปี 2566 ของจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 1,375 คน ส่วนในอำเภอวารินชำราบมีการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มจำนวน 578 คน พบผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 29 ราย⁹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่รับผิดชอบจำนวน 13 หมู่บ้านโดยมีประชากรทั้งหมด 8,299 คนและมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 1,143 คน คิดเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 13.77 โดยแบ่งผู้สูงอายุตามเกณฑ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคมจำนวน 972 คน กลุ่มติดบ้านจำนวน 151 คนและกลุ่มติดเตียงจำนวน 20 คน และผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบข้อผิดพลาดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 1.14 และมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มจำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.04⁹ ซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มและเกิดการบาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ ต้องเป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนในการจัดบริการดูแลรักษา อีกทั้งถ้าการพลัดตกหกล้มมีภาวะรุนแรง

เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังเดิมอยู่แล้วหรือการพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นในอวัยวะที่สำคัญอาจจะมีผลรุนแรงจนส่งผลให้ผู้สูงอายุถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นทีมสุขภาพและชุมชนจึงเห็นความสำคัญและดำเนินการศึกษาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ เพื่อนำปัจจัยที่ได้มาพัฒนารูปแบบที่สามารถลดอัตราการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนได้ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตก หกล้มของ ของผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

1.รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการปลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2.กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 430 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) ซึ่ง เคลลี และ แม็กเวล (Kelly & Maxwell, 2003)¹⁰ นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

โดยที่:

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{XX}^2} \right) \left(\frac{Z_{(1-\gamma; N-1)}^2}{N-p-1} \right) + p + 1$$

N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนตัวอย่างที่ได้จากสมการที่

(2) ที่นำเสนอโดย Cohan (1988)

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 4 predictors)

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การ

วิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งจากการศึกษาของ บุญธดา โสพัฒน์(2566)¹¹ เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ($R^2=0.203$)

R^2_{xxj} = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลัก กับตัวแปรต้นอื่นๆ บุญธดา โสพัฒน์(2566)¹¹ ($R^2=0.073$)

$X^2_{(1-\gamma; N-1)}$ = ควอไทล์ที่ $1-\gamma$ ของการแจกแจงไครสแควร์มีองศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom; df) เท่ากับ $N-1$

ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 190 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Design Effect) ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout และคณะ อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดวง ¹² พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26 ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างจากที่คำนวณได้ร้อยละ 15 = 28.99 ประมาณ 30 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน แต่เนื่องจากการคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้มในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2566 พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มจำนวน 430 คน ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมดระยะเวลาที่ทำการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

(1) ขั้นตอนเตรียมการ

1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ เพื่อขอ
อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ติดต่อประสานงานกับ
สาธารณสุขอำเภอกลุ่มเป้าหมาย และผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ ในการนัด
หมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่

3) อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วย
วิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการ
วิจัย

4) เตรียมเครื่องมือที่จะใช้
ในการเก็บข้อมูล

(2) ขั้นตอนดำเนินการ

1) นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อ
เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

2) ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการเก็บ
ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย
จำนวน 430 ฉบับ

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความ
สมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกแต่ละชุดและนำไป
วิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ
พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวาริน
ชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ปรับมาจากแบบ
สัมภาษณ์ภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขต
อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ¹¹ โดยแบ่งเป็น 8
ส่วน

1แบบสัมภาษณ์ (Questionnaire) ปัจจัย
เสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุ
และพฤติกรรมการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบล
โพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
แบ่งเป็น 8 ตอน ดังต่อไปนี้ ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์
เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงทางด้าน
ร่างกายต่อการพลัดตกหกล้ม ตอนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงด้าน
สิ่งแวดล้อมต่อการพลัดตกหกล้ม ตอนที่ 4 ความรู้
เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มและผลกระทบ ตอนที่ 5
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะ
พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยง

การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้
ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตอนที่ 6
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการ
พลัดตกหกล้ม ตอนที่ 7 การสนับสนุนทางสังคมและ
ตอนที่ 8 พฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม
ของผู้สูงอายุ

การสร้าง การพัฒนา คุณภาพเครื่องมือ (Validity
& Reliability)

1 ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นโดยได้ศึกษา
ข้อมูลจากตำรา ทฤษฎี หนังสือต่าง ๆ และงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง

2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา
(Content validity) ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามที่
สร้างขึ้นสำหรับงานวิจัยไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา
นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง
ความตรงของเนื้อหาของคำถามในแต่ละข้อว่าตรงตาม
จุดมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ความครอบคลุม
ของเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมของภาษา ตลอดจน
ความเหมาะสมทั่วไปของแบบสอบถามเพื่อปรับปรุง
แก้ไขก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่าง
จุดประสงค์กับเนื้อหา ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1

3 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
(Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข
แล้วไปทดสอบหาความเชื่อมั่นไปทดลองใช้ (Try Out)
กับภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลเพี้ยเก่า
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30
คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามทำ
การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค
(Cranach's' Alpha Coefficient)¹³ ได้ค่าความเชื่อมั่น
ของปัจจัยด้านร่างกายเท่ากับ 0.84 ปัจจัยด้าน
สิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.76 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทาง
สังคมเท่ากับ 0.82 ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง
เท่ากับ 0.82 ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ
0.76 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 0.78 ปัจจัย
ด้านการรับรู้อุปสรรค 0.76 ปัจจัยด้านการรับรู้
ความสามารถแห่งตน เท่ากับ 0.82 พฤติกรรมการ

ป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.76 ตามลำดับ ค่าพหุคูณค่าสัมประสิทธิ์โดยใช้ Kuder-Richardson-20¹⁴ ได้ค่าความเชื่อมั่นของปัจจัยด้านความรู้และผลกระทบต่อภาวะพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Study) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีโดยการศึกษาคovarianceสัมพันธ์เชิงเดียว (Bivariate analysis) ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยวิธีของ Pearson's moment Product และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยเชิงพหุ Multiple Regression แบบ Step wise กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB 1018/2566 ลงวันที่ 30 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยต่อไปนี้ จำแนกการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 71.32 ปี (SD=9.205) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 82.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84.7 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 4525.94 บาทต่อเดือน (SD=6743.92) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 801.7 บาท (SD=1195.5) สถานภาพการอยู่อาศัย อยู่กับบุตรมากที่สุดร้อยละ 47.0 พบโรคจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 42.1 และพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 29.8 ส่วนมากมีภาวะโภชนาการสมส่วนร้อยละ 84.6 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ร้อยละ 83.7 การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมส่วนมากได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 33.7 รองลงมาได้แก่การได้รับความช่วยเหลือด้านอาชีพ ร้อยละ 28.6 การช่วยเหลือด้านรายได้ ร้อยละ 25.1 สอดคล้องกับหน่วยงานที่สนับสนุนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 56.5

ส่วนที่ 2 ปัญหาด้านสุขภาพที่มีปัญหาต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้แก่ การมองเห็นไม่ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 27.0 ส่วนมากเกิดจากสาเหตุตาฟ้ามัว ร้อยละ 2.8 การได้ยินลดลง คิดเป็นร้อยละ 10.2 พบหูตึง 1 ข้าง ร้อยละ 10.5 หูตึงทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 4.2 พบการเดินผิดปกติ ร้อยละ 16 เดินโดยใช้อุปกรณ์ ร้อยละ 17.9 มีประวัติเคยหกล้ม ร้อยละ 28.4 ส่วนสาเหตุส่วนใหญ่ที่ล้มมาจากการเดินสะดุดคิดเป็นร้อยละ 20.5 รองลงมาคือก้าวพลาด ร้อยละ 8.1 และเวียนเป็นลม ร้อยละ 1.6 การหกล้มส่วนใหญ่ไม่บาดเจ็บรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 24.9 บาดเจ็บเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 14.9 ส่วนใหญ่เป็นแผลฟกช้ำ ร้อยละ 25.3 แผลถลอก ร้อยละ 6.3 แผลฉีกขาด ร้อยละ 3.7 กระดูกหัก ร้อยละ 1.2 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 74.2 ดื่มนานๆ ครั้ง ร้อยละ 13.3

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ลักษณะบ้านเป็นบ้านชั้นเดียวได้ สูง ร้อยละ 20.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอนชั้นล่างคิดเป็นร้อยละ 73.3 การปูพื้นในห้องน้ำเป็นกระเบื้องแบบลื่น คิดเป็นร้อยละ 52.3 การใช้ส้วมส่วนมากเป็นส่วนนั่งยอง ร้อยละ 65.8 แสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 89.8 จัด

สิ่งของภายในบ้านเป็นระเบียบร้อยละ 77.4 การใช้
พรหมเช็ดเท้าร้อยละ 61.4 พรหมเช็ดเท้าเป็นพรหมเส้น
ร้อยละ 5.8 ใช้เศษผ้ารุ่งริ่งเป็นที่เช็ดเท้าร้อยละ 2.3
การจัดสิ่งแวดล้อมภายในเหมาะสมร้อยละ 76.7
สภาพบ้านมีความแข็งแรงร้อยละ 71.2

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยที่มีผลต่อ ภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของ
ผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัด
อุบลราชธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม
และผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
13.86(SD=3.32) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 13.56-14.17
คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 67.80-70.85 การรับรู้
โอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง มี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.36(SD=4.32) ช่วงคะแนนที่เป็นไป
ได้ 19.98-20.83 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 79.92-
83.32 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกห
กล้ม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.87(SD=3.19)

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 20.58-21.17 คะแนน โดยเทียบ
เป็นร้อยละ 82.32-84.68 การรับรู้ความรุนแรงของการ
ป้องกันการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 20.53(SD=6.87) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 19.97-
21.30 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 79.88-85.20 การ
รับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อยู่ใน
ระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.52(SD=2.38) ช่วง
คะแนนที่เป็นไปได้ 17.30-17.75 คะแนน โดยเทียบ
เป็นร้อยละ 69.20-71.00 การรับรู้ความสามารถของ
ตนเอง อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.89 (SD=
2.51) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 14.62-15.14 คะแนน
โดยเทียบเป็นร้อยละ 58.48-60.56 แรงสนับสนุนทาง
สังคม อยู่ใน ระดับ ต่ำ มี ค่า เฉลี่ย เท่ ากับ
52.92(SD=8.59) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 52.14-53.73
คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 69.52-71.64 พฤติกรรม
ป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง มี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.86(SD=5.78) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้
29.30-30.37 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 81.38-
84.36 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของระดับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ
ผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n=430 คน)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	ช่วง คะแนน	ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน	95%CI	การแปลผล (%)
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มและผลกระทบ	0-20	13.86(3.32)	13.56-14.17	67.80-70.85
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม	5-25	20.36(4.32)	19.98-20.83	79.92-83.32
การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม	5-25	20.53(6.87)	19.97-21.30	79.88-85.20
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	5-25	20.87(3.19)	20.58-21.17	82.32-84.68
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	5-25	17.52(2.38)	17.30-17.75	69.20-71.00
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	5-25	14.89 (2.51)	14.62-15.14	58.48-60.56
แรงสนับสนุนทางสังคม	15-75	52.92(8.59)	52.14-53.73	69.52-71.64
พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม	12-36	29.86(5.78)	29.30-30.37	81.38-84.36

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน
ภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แยกรายตัว
แปร (n=430 คน)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดตก
หกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี (n=430 คน) ที่ละตัวแปร พบตัว
แปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน
ภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่

อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=-0.488$, $p<0.001$) ปัจจัยการรับรู้ความสามารถแห่งตน ($r=0.640$, $p<0.001$) ส่วนปัจจัยอื่นๆได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม (0.093 , $p=0.054$) การรับรู้ความรุนแรงของการ

พลัดตกหกล้ม ($r=0.049$, $p=0.310$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=0.025$, $p=0.599$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=-0.052$, $p=0.282$) และการรับรู้ความเสี่ยง ($r=0.080$, $p=0.098$) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แยกรายตัวแปร ($n=430$ คน)แยกรายตัวแปร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความสัมพันธ์(r)	p-value
อายุ	71.32(9.21)	-0.087	0.072
รายได้	4,546(6250.63)	-0.002	0.966
รายได้ของ CG	667.40(154.61)	-0.121	0.012
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม	16.39(22.19)	0.040	0.946
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม	20.36(4.32)	0.080	0.098
การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม	20.53(9.32)	0.049	0.310
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	20.87(3.19)	0.025	0.599
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	17.52(2.38)	0.640	0.001**
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	14.89(2.51)	0.134	0.122
แรงสนับสนุนทางสังคม	52.93(8.59)	0.215	0.001**

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะ พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ($n=430$ คน)

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ($n=430$ คน) พบว่า ตัวแปรตัวที่ 1 การรับรู้ความสามารถแห่งตน สามารถทำนายได้ร้อยละ 41.0 ($R^2=0.410$) ตัว

แปรที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ร้อยละ 7.3 ($R^2=0.073$)และตัวแปรที่ 3การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 7.8 ($R^2=0.078$) โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 55.7($R^2=0.561$, $R^2_{adj}=0.557$, $SE_{est}= 3.8428$, $F= 181.137$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n=430)

โมเดล วิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		R ²	R ² _{adj}	S _r ²	R ² change
		B	β				
โมเดล ที่ดีที่สุด	การรับรู้ความสามารถแห่งตน	1.080	0.469	0.410	0.409	4.442	0.410
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม	-0.333	0.038	0.483	0.481	4.163	0.073
	การสนับสนุนทางสังคม	0.519	0.044	0.561	0.557	3.842	0.078
Constant = 7.022, (R ² =0.561, R ² _{adj} =0.557, S _{Eest} = 3.8428, F= 181.137, p < 0.001)							

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวน 3 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีได้ร้อยละ 57.7(R²=0.577) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (Social Support, House, 1985)¹⁵ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวก มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่ได้รับ เป็นการได้รับ การช่วยเหลือ หรือการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเขavnปัญญาได้แก่การได้รับกำลังใจ ได้รับการส่งเสริม ซึ่งเมื่อตัวบุคคลได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่างๆดังที่กล่าวมา จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้watanได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือทำให้

บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ และมีความเครียดลดลง ส่วนผลทางด้านร่างกายคือส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายรู้สึกสบายและผ่อนคลาย และมีสุขภาพที่แข็งแรง มีภูมิต้านทานโรคสูง ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนด้านสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และ ด้านวัตถุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสภิตตา แสนวและคณะ¹⁶ ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอกะฉัง จังหวัดชลบุรี โดยกลุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 30 คนและผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียง โดยมีกิจกรรมการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ จากบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. กลุ่มเพื่อน และญาติ ตั้งแต่การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้การดูแลตนเอง การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและการช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุลดลง และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยชุมชนเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมหลัง

การทดลองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิลวธรณ สมตน¹⁷ ที่มีการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ออกเยี่ยมบ้านการติดตามและให้กำลังใจในการปฏิบัติตัว การให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล และการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และการใช้คำพูดในการชื่นชมหรือให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุในครอบครัวมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและไม่มีภาวะพลัดตกหกล้มซ้ำอีก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะพลัดตกหกล้มสามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 7.3 ($R^2=0.073$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ <0.001 อธิบายได้ว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลาและสะดวกขึ้นยิ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งจากบุคคลและสื่อสุขภาพในช่องทางต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถอย่างไร้ที่ติตามเมื่อมีอายุมากขึ้นระบบต่างๆ ในร่างกายเสื่อมลง ทำให้สภาพร่างกายเสื่อมถอยลง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายเพราะการเคลื่อนไหวของร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับพฤติกรรมสุขภาพและสภาพสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การที่ภายในบ้านมีดสลับ โดยเฉพาะบริเวณบันไดและห้องน้ำทำให้มองเห็นไม่ชัดเจนเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม การใส่รองเท้าที่ไม่พอดีกับเท้าหรือพื้นรองเท้าไม่มีดอกยาง ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการมีสายตาผิดปกติหรือมีโรคทางตา ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจนและเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยพบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 27.43) เคยมีประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาตวงรัตน์ อัครานและคณะ¹⁸ ซึ่งความตระหนักและเห็น

ความสำคัญให้ความร่วมมือปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง ส่งผลให้มีการแสดงออกในพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มมากขึ้น โดยสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher & Rosenstock¹⁹ ที่ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคการที่บุคคลจะแสวงหาและกระทำหรือปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านสุขภาพนั้นอย่างน้อยบุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือถ้าหากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยหรือไม่ถูกต้อง จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับตวงรัตน์ อัครานและคณะ¹⁸ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชนอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ($r=0.204$, $p<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ($r=0.122$, $p=0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=0.176$, $p<0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=0.179$, $p<0.001$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=0.168$, $p=0.001$) หรือการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของบุญณดา โสพัฒน์¹¹ ที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมที่จะเสริมสร้างการรับรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม เช่นการปฏิบัติตัวในการใช้ยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำเช่น หลังรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้สูงอายุควรระมัดระวังการเป็นลมหน้ามืดจากการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว ควรนั่งพักหรือหลีกเลี่ยงการลุก

นึ่งอย่างรวดเร็วการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาเพื่อให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น ขาอ่อนแรง การมองเห็นไม่ชัดเจนและดำเนินการในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดกิจกรรมพูดคุยถึงผลกระทบของการหกล้มของผู้สูงอายุเพื่อสร้างองค์ความรู้และฝึกปฏิบัติการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุตัดสินใจในการปฏิบัติตัวที่จะดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มต่อไป

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มสามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 7.3 ($R^2=0.078$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ <0.001 เมื่อบุคคลประเมินตนเองว่ามีความสามารถ เพียงพอหรือมีความกดดันในงานที่ได้รับมอบหมาย จะตัดสินใจที่จะลงมือทำงานนั้นอย่างเต็มที่ทำงานด้วยความมั่นใจ ไร้กังวล เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ แม้ว่า จะมีความยาก ซับซ้อน หรือมีอุปสรรค บุคลากร จะมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพลัดตกหกล้มสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลทิพย์ ไชยแสงและคณะ²⁰ ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r=.611$) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงก็จะมีพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ด้วยเช่นกัน Sarapun, Sirisophon, et al.²¹ ที่ ทำ การ ศึ ก ษ า ปี จ ัย ที่ มี ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม

ล้ม อธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม เป็นการประเมินถึงความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถที่ปฏิบัติได้เพื่อป้องกันการหกล้มและจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตน การจัดวางเครื่องเรือนและสิ่งของไม่เกะกะกีดขวางทางเดิน การดูแลไม่ให้พื้นห้องน้ำลื่น การจัดให้มีราวจับบริเวณทางเดินหรือบันได และจัดการแสงสว่างที่เพียงพอ อยู่ในระดับสูงสุด ($M=2.68$, $SD=0.59$) และเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มได้ ก็สามารถที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้เช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูรา(Bandura,1978)²² ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และพฤติกรรมการแสดงออก ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการศึกษาแนวทางการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ที่เพียงพอ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ ในระดับนโยบายตามบริบทของพื้นที่และวัฒนธรรมของท้องถิ่นของผู้สูงอายุต่อไป

2) ควรนำข้อมูลที่ได้จากการทำการศึกษาไปประยุกต์เป็นรูปแบบวิจัยกึ่งทดลองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหรือใช้กลุ่ม

เปรียบเทียบ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การสานพลังจากทุกภาคส่วนและสร้างเครือข่าย (collaborating and networking) เพื่อขับเคลื่อนการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การกำหนดนโยบายในระดับอำเภอ ตำบลและกำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเป็นแนวทางเดียวกัน

3) การออกแบบแนวทางหรือรูปแบบในการสร้างองค์ความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงการเตรียมความพร้อมของร่างกายเพื่อเผชิญกับความเสื่อมถอยทางร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การแสวงหาหรือการระดมสรรพกำลังและทรัพยากร (leveraging new resources) เพื่อยกระดับให้สูงขึ้นและเพียงพอต่อการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นการแบ่งปันหรือรวมงบประมาณเข้าด้วยกัน การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและทดลองใช้โมเดลการทำงานแบบใหม่

5) ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะหรือกลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มเปราะบาง ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ชนบท หรือภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข,กรมอนามัย, คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2562.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). World Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444). New York: United Nations.
- 3.กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, ระบบสถิติทางการทะเบียน, สถิติจำนวนประชากรแยกอายุ.(ออนไลน์) 2566 (อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566). จาก: <https://bluebook.anamai.moph.go.th/>
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2556 รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.โรงพิมพ์วีชรินทร์ พี.พี.
- 5.สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.(2565).สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุไทย ปี 2564.สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.กองสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 6.กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2566).ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. (ออนไลน์) 2564(อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566). จาก:<http://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-all/changwat?year=2023&cw=33>.
- 7.สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข , รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ(อายุ60ปีขึ้นไป)ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560-2564.
- 8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. ข้อมูลบริหารจัดการระบบสุขภาพผู้สูงอายุ(HDC).สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2566. สืบค้นวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61.
- 9.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ.ข้อมูลการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566.สำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
10. Lemeshow S., Howmer Jr DW., Klar J. and Lwanga SK. (1990). Adequacy of sample size in health studies. West Sussex : John Wiley & Sons Ltd.
- 11.บุญณา ไสพพัฒน์.(2566).ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ.ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2566:93-106.

- 12.สงกรานต์ กลั่นดวง. (2548). การประยุกต์ใช้ The “ take PRIDE ” Programในการส่งเสริม พฤติกรรมการกอบตนเองของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
13. Cronbach, Lee J. 1951. “ Coefficient Alpha and The Internal Structure of Tests. Psychometrika. 16(1951): 297 – 334.
14. Kuder Richardson. (1993). การหาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KuderRichardson Method) สืบค้นจาก <http://www.wjai48.com/leriability/Richardson.htm>
15. House, J.S. and Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support in Cohen, S. And Syme, S.L. Social Support and health.
- 16.โสภิตตา แสนวา, เอ็มอัชมา วัฒนบูรณนธ์, นิภา มหารัษฎพงศ์.ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมใน บ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์จังหวัดชลบุรี วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565:214-217.2565.
- 17.วิลาวรรณ สมตน..ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ.วารสารพยาบาล สาธรรณสุข, 27(3);58-70.2556.
- 18.ดวงรัตน์ อัครานและคณะ.(2564).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยใน ชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารวิจัยสาธรรณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 14 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564.หน้า 72-89.
- 19.Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2, 328-335.
- 20.อุบลทิพย์ ไชยแสง,นิวัติ ไชยแสง,นุวัยดา เจะหะและ นัสรีน อาลีตีมัน.(2564).การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและแนวทางในการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021; 8(1), 293-307.ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564.
21. Sarapun, A.,Sirisopon,N., Kainaka, P., Onsiri, S., Outayanik, B., Threrawachjareanchai, S.,et al. (2017). Factors Related to the Anti-falls Behavior of the Elderly.Journal of the Royal Thai Army Nurses, 18(Special Edition), 215-222.(in Thai)
22. Bandura, A. (1986). SocialFoundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. New Jersey: Prentice-Hall International Osteoporosis Foundation. (2009). Identifying people at high risk of fracture From: <http://osteoporosis.org.za/general/downloads/FRAX-report-09.pdf>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

Factors Related to Dietary Supplement Consumption Behavior among Undergraduate
Students, Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University.

(Received: June 28,2024 ; Revised: June 29,2024 ; Accepted: June 30,2024)

จุฑามาศ แก้วจันดี¹ เบญญาภา หลงชิน² รจรินทร์ สิทธิโสม²

Chuthamat Kaewchandee¹ Benyapha Longchin² Rojjarin Sitthisom²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ที่คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จำนวน 302 คน โดยใช้สูตรการคำนวณสูตรของ Wayne ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Random Sampling แบ่งสัดส่วนตามสาขา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม มีค่า IOC เท่ากับ 0.70 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ย 20.5 ปี (SD=0.96) กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 38.4 และรายได้ของทำนเฉลี่ยต่อเดือน <5,000 บาท ร้อยละ 60.3 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=35.61, SD=5.54) ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.90, SD=1.60) และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=32.08, SD=4.82) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริม พบว่า ปัจจัยด้านการเคยซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม การเคยบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม วิธีการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม การเคยซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมให้ ตัวเอง/ผู้อื่น/ทั้งตัวเองและผู้อื่น และการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และข้อมูลการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภค อาหารเสริม นักศึกษาระดับปริญญาตรี

Abstract

This study was survey research by cross-sectional study aimed at examining the level of dietary supplement consumption behavior and the factors related to dietary supplement consumption behavior among undergraduate students, Faculty of Liberal Arts and Sciences, Sisaket Rajabhat University. The sample consisted of 302 students currently studying at the Faculty of Liberal Arts and Sciences, Sisaket Rajabhat University, calculated using Wayne's formula with a 95% confidence level, and selected using multistage random sampling proportionally by major. The data collection tool was a questionnaire with an Item Objective Congruence (IOC) of 0.70 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.85. The statistics used included mean, percentage, standard deviation, and logistic regression analysis, with statistical significance at $p < 0.05$. The research findings revealed that the sample was 58.3% female, with an average age of 20.5 years (SD=0.96), 38.4% were in their second year of study, and 60.3% had an average monthly income of less than 5,000 Baht. The overall perception of dietary supplement product purchase

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ Correspondence author: chuthamat.k@sskru.ac.th

² สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

information was at a low level (Mean=35.61, SD=5.54). Knowledge about dietary supplement products was at a high level (Mean=4.90, SD=1.60), and the overall behavior of dietary supplement consumption was at a low level (Mean=32.08, SD=4.82). The analysis of factors related to dietary supplement consumption behavior showed that factors such as having previously purchased dietary supplements, having previously consumed dietary supplements, methods of using dietary supplements, having previously purchased dietary supplements for oneself/others/both oneself and others, and the perception of information about dietary supplements and purchase decision information significantly influenced the behavior of dietary supplement consumption at the $p<0.05$ level.

Keywords: Consumption behavior, Dietary supplement, Undergraduate students

บทนำ

ในปัจจุบันผลิตภัณฑ์อาหารเสริมได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในกลุ่มคนรุ่นใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักมีความสนใจในเรื่องของสุขภาพและความงาม ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหลายชนิดมีการโฆษณาว่าสามารถเสริมสร้างสุขภาพ ช่วยลดน้ำหนัก และเพิ่มพลังงาน ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายนี้¹ นอกจากนี้ การบริโภคอาหารเสริมยังเกี่ยวข้องกับค่านิยมและวิถีชีวิตของนักศึกษาในยุคปัจจุบันที่มีการรับรู้ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์และการตลาดที่มุ่งเน้นไปยังกลุ่มคนรุ่นใหม่² การบริโภคอาหารที่ถูกต้องจะนำไปสู่การพัฒนาสติปัญญาและร่างกายให้แข็งแรงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับมนุษย์ทุกคนทุกวัย โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาซึ่งเป็นวัยรุ่นที่กำลังมีการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่และโดยธรรมชาติของวัยรุ่นจะจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโภชนาการเนื่องจากในวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจกล่าวคือวัยรุ่นเป็นวัยที่ร่างกายพัฒนาเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วร่างกายจึงต้องการสารอาหารไปใช้ในการเสริมสร้างการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ กระดูก ตับ และอวัยวะอื่นๆ อีกทั้งมีการเพิ่มของ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ต่อมต่างๆ ทำงานมากขึ้น และฮอร์โมนถูกขับออกมาเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งมีความต้องการพลังงาน และสารอาหารค่อนข้างสูง โดยเฉพาะการเจริญเติบโตของสมองให้มีการเจริญ และพัฒนาไปตามวัยส่งผลให้มีสติปัญญาดี มีความพร้อมในการเรียนรู้

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างรวดเร็วกลายเป็นสังคมบริโภคนิยม ทำให้วิถีชีวิต ของผู้คนเปลี่ยนไป มีชีวิตที่รีบเร่ง ทำงานแข่งกับเวลา พฤติกรรมการบริโภคอาหารต้องพึ่งอาหารจานด่วน และอาหารสำเร็จรูปที่มีแป้งและไขมันสูงประกอบกับการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายที่น้อยลง ทำให้เกิดผลต่อปัญหาน้ำหนัก หรือภาวะอ้วน ปัญหาเรื่องรูปร่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นภาวะที่ไม่พึงประสงค์ของสังคม ค่านิยมของสังคมปัจจุบันให้ค่ากับการมีรูปร่างสมส่วน ที่มีการเชื่อมโยงกับความสวยงาม การมีสุขภาพดี และบุคลิกภาพดีทำให้คนที่น้ำหนักเกินถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องจัดการรักษา ส่งผลต่อภาวะความ ผิดปกติทางจิตซึ่งเป็นปัญหาต่อการเจ็บป่วยที่ทางการแพทย์เรียกว่า โรคอะนอเร็กเซีย (Anorexia nervosa) คือ เป็นอาการที่เกิดจากความเชื่อและค่านิยมที่ผิดเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักมีความอยากบริโภคอาหารแต่กลัวอ้วนทำให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งปัจจุบันพบผู้ป่วยอยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-1.3 ของประชากร และมีผู้ป่วย รายใหม่เกิดขึ้น 5-10 รายต่อแสนประชากร โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายหลายเท่า³ ค่านิยมเรื่องรูปร่าง สมส่วนหรือผอมเพรียวนี้เอง ทำให้ผู้คนยอมรับและแสวงหาวิธีการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งก็พบว่า วัยรุ่นและ เยาวชนไทยในปัจจุบันให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ภายนอกและไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาลดน้ำหนัก และการอดอาหาร ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตราย

ต่อร่างกายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดน้ำหนัก และวิธีการลดน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนไทย ทั้งมุ่งหวังให้ผู้ปกครอง อาจารย์ที่มีความใกล้ชิดกับเยาวชนรู้เท่าทันกันสถานการณ์ พฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นและเยาวชนผู้เป็นเหยื่อของกระแสบริโภคนิยม และการโฆษณา อีกทั้งยังสามารถให้ความช่วยเหลือ แนะนำวิธีการลดน้ำหนักเพื่อให้เด็กวัยรุ่นและเยาวชนมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการลดน้ำหนักบนพื้นฐานข้อมูลที่ต้องได้อย่างมีวิจารณ์ญาณ⁴

จากการสัมภาษณ์เบื้องต้นในนักศึกษา คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จำนวน 20 คน พบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโดยการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยการตัดสินใจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ของ นักศึกษา คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ทั่วไป นั้น มักเป็นผลจากข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อโฆษณา อินเทอร์เน็ต หรือการบอกต่อ โดยอาจไม่ได้ศึกษาข้อมูลสินค้าที่มีอยู่จริง ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การกล่าวอ้างเกินจริง กระบวนการผลิต และการควบคุม คุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน การปลอมปนในผลิตภัณฑ์ และไม่อ่านฉลากและคำเตือนโดยละเอียด อย่างไรก็ตาม การบริโภคอาหารเสริมอย่างไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่นักศึกษา⁵

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษากิจกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เพื่อใช้เป็นข้อมูล และแนวใน

การศึกษาทิศทางของตลาดผลิตภัณฑ์อาหารเสริมต่อไปในอนาคตและเป็นแนวทางในการวางแผนกลยุทธ์ทางการตลาดและการนำมาประยุกต์ใช้กับองค์การธุรกิจอาหารเสริมไทยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไปในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional study)

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ที่มีการลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 1/2566 จำนวน 1,165 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จำนวน 302 คน ได้มาโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Wayne⁶ ทำการสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง Multistage Random Sampling ตามเกณฑ์กำหนด โดยแบ่งสัดส่วนตามสาขา

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตัดสินใจในการซื้ออาหารเสริม ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมิน โดยใช้ (IOC : Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.70 ถือว่ามีความสอดคล้อง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแล้วไปทดสอบเครื่องมือกับนักศึกษาในคณะใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability

coefficient)⁷ ได้ค่าเท่ากับ 0.85 ถือว่ามีความเหมาะสม

2.3 วิธีการเก็บข้อมูล

1) ขอนหนังสือจากคณะศิลปศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ ในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ หรือจนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด

3) ก่อนดำเนินการทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการนำข้อมูลไปใช้ และให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สิทธิในการตอบคำถาม

4) หลังจากรวบรวมแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

5) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ และแปลผลการศึกษาวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

2.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนตามชนิดของข้อมูล และระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1) สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติอนุมาน (inferential statistics) โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

2.5 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการศึกษาหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะศิลปศาสตร์และ

วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ การวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 012/2566 เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2566 โดยผู้วิจัยมีการรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และใช้เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น คำตอบหรือข้อความทุกอย่าง แบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วได้ถูกเก็บมิดชิด มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่าน และรับทราบข้อมูล ผลการศึกษาถูกนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

3.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ย 20.5 ปี ($SD=0.96$) ส่วนใหญ่อายุ 20 ปี ร้อยละ 38.7 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ร้อยละ 27.8 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 38.4 รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.3 เคยซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ร้อยละ 74.8 เคยบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ร้อยละ 73.5 ส่วนใหญ่ใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมด้วยวิธีการกิน ร้อยละ 56.0 จำนวนเงินที่ซื้อแต่ละครั้ง 801 บาทขึ้นไป ร้อยละ 49.6 และส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมตามอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 81.8

3.2 ข้อมูลการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม

จากผลวิเคราะห์ข้อมูลการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ซึ่งแปลผลจากค่ามัธยฐานของคะแนน (36.00) โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($Mean=35.61$, $SD=5.54$) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 57.6

3.3 ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม

จากผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ($Mean= 4.90$, $SD=1.60$)

ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 86.1 รองลงมา คือ ความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ

3.4 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม

จากผลวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ซึ่งแปลผลจากค่ามัธยฐานของคะแนน (33.00) ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=32.08, SD=4.82) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 62.9

3.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยด้านการเคยซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมมากกว่าไม่เคยซื้อ 7.25 เท่า (OR=7.25, 95%CI=3.33-15.78) การเคยบริโภค

ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมมากกว่าไม่เคย 5.95 เท่า (OR=5.95, 95%CI=2.92-12.14) การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมด้วยวิธี กิน-ฉีดยา มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมมากกว่าไม่เคย 7.76 เท่า (OR=7.76, 95%CI=3.57-16.87) การเคยซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมให้ตัวเอง/ผู้อื่น/ทั้งตัวเองและผู้อื่น มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมมากกว่าไม่เคย 7.76 เท่า (OR=7.76, 95%CI=3.57-16.88) การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมระดับต่ำ มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมมากกว่าระดับสูง 2.96 เท่า (OR=2.96, 95%CI=1.83-4.81) ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ระดับต่ำ มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมมากกว่าระดับสูง 6.80 เท่า (OR=6.80, 95%CI=2.36-19.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ สาขาวิชา ชั้นปีที่เรียน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนเงินที่ซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในแต่ละครั้ง และความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมของ นักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลป ศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏศรีสะเกษ		P-value	OR	95%CI
	ระดับสูง (n=112) n(%)	ระดับต่ำ (n=190) n(%)			
การเคยซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม					
เคย	104(92.9)	122(64.2)	<0.001*	7.25	3.33 – 15.78
ไม่เคย	8(7.1)	68(35.8)			
การเคยบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริม					
เคย	102(91.1)	120(63.2)	0.045*	5.95	2.92-12.14
ไม่เคย	10(8.9)	70(36.8)			
วิธีการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม					
กิน-ฉีด	104(92.9)	119(62.6)	0.043*	7.76	3.57 -16.87

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมของ นักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปะ ศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏศรีสะเกษ		P-value	OR	95%CI
	ระดับสูง (n=112) n(%)	ระดับต่ำ (n=190) n(%)			
ไม่เคย	8(7.1)	71(37.4)			
บุคคลที่ซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมให้					
ตัวเอง/ผู้อื่น/ทั้งตัวเองและ ผู้อื่น	104(92.9)	119(62.6)	0.043*	7.76	3.57-16.88
ไม่เคย	8(7.1)	71(37.4)			
ข้อมูลการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม					
ระดับต่ำ	66(58.9)	61(32.6)	<0.001*	2.96	1.82-4.81
ระดับสูง	46(41.1)	126(67.4)			
ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม					
ระดับต่ำ	108(96.4)	151(79.9)	<0.001*	6.80	2.36-19.60
ระดับสูง	4(3.6)	38(20.1)			

* p-value< 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม อยู่ในระดับสูง (Mean= 4.90, SD=1.60) ข้อมูลการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม อยู่ในระดับต่ำ (Mean= 35.61, SD=5.54) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริม ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean= 32.08, SD=4.82) แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ นักศึกษาระดับปริญญาตรีมีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมอยู่ในระดับสูง แต่ในด้านข้อมูลการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริม ภาพรวมยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลอาหารเสริมในปัจจุบันการเข้าถึงแหล่งซื้อขายผลิตภัณฑ์อาหารเสริมต่างๆ ส่วนใหญ่เข้าถึงได้ผ่านช่องทางออนไลน์ อย่างเช่น Facebook Line Twitter Tiktok Instagram Website เป็นต้น เนื่องจากเป็นแหล่งที่เข้าถึงได้สะดวก ง่ายและรวดเร็ว ซึ่งการที่นักศึกษาเข้าถึงแหล่งซื้อขายได้ง่ายทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมตามที่สื่อต่างๆ มีการโฆษณาซึ่งอาจจะเกินจากความเป็นจริง ซึ่งถึงแม้ว่านักศึกษาจะมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเสริมในระดับที่สูง แต่การโฆษณา

ชวนเชื่อจากสื่อก็สามารถทำให้เกิดความต้องการในผลลัพธ์ของอาหารเสริมจากที่สื่อโฆษณาจึงทำให้เกิดการตัดสินใจซื้อและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนัก เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ และการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นจากผลจากผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักที่ควรบริโภค รวมถึงการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมจากสรรพคุณที่มีการโฆษณาชวนเชื่อของผู้จำหน่าย ซึ่งนักศึกษาอาจจะยังไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่จะตามมา เนื่องจากปัจจุบันเป็นสังคมที่ต้องการความเร่งรีบและรวดเร็วทันสมัย ต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคมและมีพฤติกรรมการเลียนแบบศิลปินดาราที่เป็นพรีเซ็นเตอร์ผลิตภัณฑ์ ซึ่งผลิตภัณฑ์บางยี่ห้อก็ได้มาตรฐานและไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงการได้รับสื่อโฆษณาให้หลงเชื่อ จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่ไม่เหมาะสมตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี เพลงอินทร์⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักของนักเรียนอาชีวศึกษาระดับ

ประกาศนียบัตรวิชาชีพ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักของนักเรียนผ่านช่องทางออนไลน์ต่างๆ เป็นการเข้าถึงได้สะดวก ง่าย และรวดเร็ว ซึ่งการที่นักเรียนเข้าถึงแหล่งซื้อขายได้ ง่ายทำให้นักเรียนได้รับความรู้เพิ่มจากสื่อ แต่สื่อก็มี การโฆษณาชวนเชื่อ ซึ่งทำให้นักเรียนเกิดพฤติกรรม การบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักจาก โฆษณาชวนเชื่อดังกล่าว

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และ วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยด้านการเคยซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมีโอกาส ในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมมากกว่า ไม่เคยซื้อ 7.25 เท่า (OR=7.25, 95%CI=3.33-15.78) การเคยบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมี โอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริม มากกว่าไม่เคย 5.95 เท่า (OR=5.95, 95%CI=2.92-12.14) การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ด้วย กิน-ฉีด มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภค อาหารเสริมมากกว่าไม่เคย 7.76 เท่า (OR=7.76, 95%CI=3.57-16.87) การเคยซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร เสริมให้ ตัวเอง/ผู้อื่น/ทั้งตัวเองและผู้อื่น มีโอกาสใน การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมมากกว่าไม่ เคย 7.76 เท่า (OR=7.76, 95%CI=3.57-16.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 เนื่องจากนักศึกษาที่เคยบริโภคผลิตภัณฑ์อาหาร เสริมมาแล้ว จะมีประสบการณ์และมีวิธีการเลือกซื้อ และใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหลากหลายทั้งที่ได้ มาตรฐานและไม่ได้ตามมาตรฐาน แต่ไม่สอดคล้อง กับผลการศึกษาของ สุพัตรา บุตรราช และคณะ⁹ พบว่า ประวัติการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลด น้ำหนักไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์ อาหารเสริมลดน้ำหนัก

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร เสริม ระดับต่ำ มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการ บริโภคอาหารเสริมมากกว่าระดับสูง อยู่ 2.96 เท่า (OR=2.96, 95%CI=1.83-4.81) การรับรู้เกี่ยวกับ

ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมระดับต่ำ มีโอกาสในการมี พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมมากกว่าระดับสูง อยู่ 6.80 เท่า (OR=6.80, 95%CI=2.36-19.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 ซึ่งจะเห็นได้ว่า นักศึกษายังมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมและการรับรู้เกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในระดับต่ำ ทำให้นักศึกษา ขาดการตระหนักถึงอันตรายและประโยชน์เกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่ดีและถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ นักศึกษาจะมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภค อาหารเสริมสูงกว่าการรับรู้ระดับสูง ซึ่งจะเห็นได้ว่า เมื่อการรับรู้ระดับต่ำ ก็จะมีผลต่อวิธีการเลือก ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสำหรับการบริโภคที่ดีด้วย ซึ่ง ถ้าผลิตภัณฑ์ตรงกับความต้องการการบริโภคแล้ว ก็ จะมีผลต่อทัศนคติ ความเชื่อหรือความรู้สึกจึงทำให้ มีความต้องการบริโภคอาหารเสริมสูง แต่ไม่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกพร มณีมาส¹⁰ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมอ้าง สรรพคุณลดน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการบริโภค ผลิตภัณฑ์อาหารอ้างสรรพคุณลดน้ำหนัก

ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ และรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริม ไม่ต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือ เพศชายก็มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมไม่ ต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก เพศ ปัจจุบันไม่ว่าเพศชาย หรือเพศหญิง ก็มีความต้องการที่จะเป็นที่ยอมรับ ของสังคม จึงมีหาวิธีหรือการบริโภคผลิตภัณฑ์ อาหารเสริมเพื่อให้สุขภาพร่างกายเป็นที่ยอมรับ เช่นเดียวกับ อายุ เป็นเครื่องบอกถึงสติปัญญา ความรู้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของบุคคล มีอายุ 20 ปี ขึ้นไปจะมีสติปัญญา ความรู้ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ต่างๆ แต่จะเห็นได้ ว่า ปัจจุบันไม่ว่าจะอายุเท่าใด วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ ก็ล้วนแล้วมีความต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม ต้องการให้ตนเองมีความสวยงาม จึงแสวงหาวิธี แนวทางเพื่อให้ตนเองเป็นที่ยอมรับและดูดีขึ้น ถึงแม้รายได้ต่อเดือนจะไม่มากพอ แต่เพื่อความ สวยงาม บุคคลก็สามารถแสวงหาวิธีเพื่อสุขภาพ

และความงาม ซึ่งวิธีดังกล่าวคือการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมนั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และข้อมูลการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริม มีผลอย่างมากกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริม เนื่องจากข้อมูลต่างๆ จะเป็นข้อมูลที่ดึงดูดความสนใจและความต้องการของนักศึกษา ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการการยอมรับในด้านรูปร่างหน้าตา ดังนั้นการโฆษณาชวนเชื่อจากสื่อก็สามารถทำให้เกิดความต้องการในผลลัพธ์ของอาหารเสริมจากที่สื่อโฆษณา จึงทำให้เกิดการตัดสินใจซื้อและมีพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารเสริมที่ไม่เหมาะสม จึงควรมีการควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมจากสื่อต่างๆ เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงตามความจริง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะศิลปศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และนักศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Smith J. The rise of dietary supplements: Trends among young adults. Nutrition Today. 2019; 54(4): 186-192.
2. Johnson M, & Young S. Influence of social media on dietary supplement use among college students. Journal of Health Communication. 2020; 25(6): 567-580.
3. อมรชัย หาญผดุงธรรม [อินเทอร์เน็ต]. หมอชาวบ้าน [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.doctor.or.th/columnist/list/4121?vid=10>
4. ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2555; 39 (ฉบับพิเศษ): 20.
5. Williams K. Potential health risks of dietary supplement overconsumption. American Journal of Public Health 2021; 111(3): 411-417
6. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6 th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
7. Cronbach LJ. Essential of psychology testing. New York: Harper; 1984.
8. ประภาศรี เพลงอินทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักของนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2566.
9. สุพัตรา บุตรราช, สุพัชชา ศรีนา, จิรพร ไพศาล, เจนจิรา แสนสิทธิ์, พรรณธิภา จันทร์อ่อน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561; 33(3): 359-374.
10. กนกพร มณีมาศ, ผกามาศ ไมตรีมิตร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารอangsรรพคุณลดน้ำหนักของนักเรียนหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ:กรณีศึกษาวิทยาลัยเทคนิคราชบุรี. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2662; 11(4): 775-787.

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามสุขบัญญัติ
แห่งชาตินักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนในเขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น

Effects of the Health Literacy and Health behaviors according to the National Health
Recommendations Development Program for Grade 6 Children of A Schools in
KhonKaen Municipality.

(Received: June 27,2024 ; Revised: June 29,2024 ; Accepted: June 30,2024)

ทัศนียา ฟุ้งเฟื่อง¹ สงกรานต์ กลั่นด้วง¹

Tasaneeya Fungfuang¹ Songkran Klunduang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามสุขบัญญัติแห่งชาตินักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนในเขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็น นักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนในเขตเทศบาลหนึ่ง กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน เป็นนักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนในเขตเทศบาลอีกแห่งหนึ่ง รวม 60 คน เลือกแบบเจาะจง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกันยายน 2566 - ธันวาคม 2566 เก็บข้อมูล แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุ 12 ปี เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่ากลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: สุขบัญญัติแห่งชาติ, พฤติกรรมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine effects of the Health Literacy and Health behaviors according to the National Health Recommendations Development Program for Grade 6 Children of A Schools in KhonKaen Municipality. The sample group consisted of 30 students in grade 6 of a school in one municipality. The comparison group of 30 people were students in grade 6 of a school in another municipality. A total of 60 people were purposively selected. Period: 6 weeks between September 2023 - December 2023. Data collection: Health literacy and health behavior assessment form according to the National Health Act. of students of the Health Education Division Ministry of Public Health in. Data were analyze using descriptive statistics and t-test.

The results of the experiment found that both groups were mostly female and 12 years old. When comparing the average scores, it was found that the experimental group had higher health literacy and health behavior according to the National Health Code than before the experiment. and was significantly higher than the comparison group ($p < .05$).

Keywords: National Health Recommendations, health behavior, health literacy

บทนำ

เด็กวัยเรียนช่วงอายุ 6-12 ปี ถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีค่ายิ่งสำหรับประเทศ เป็นวัย

แห่งการเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา การที่ได้วัยเรียนจะมีสุขภาพที่ดีต้องเริ่มปลูกฝังวิถีชีวิตสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ตั้งแต่วัยเยาว์โดยได้รับการส่งเสริมจากครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสังคม หากพัฒนาการในวัยนี้หยุดชะงักหรือมีปัญหาที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะส่งผลกระทบต่อในระยะวัยรุ่นและกลายเป็นปัญหาสะสมเรื้อรังต่อไปในอนาคต การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้สารสนเทศในการส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน^{1,2}

สุขบัญญัติเป็นข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชนตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติ อย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัยเพื่อให้มีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ สุขบัญญัติแห่งชาติจึงเป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชน เน้นการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพขั้นพื้นฐานให้เกิดขึ้นในเด็กและเยาวชน ตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ³ เริ่มตั้งแต่วัยเยาว์และทุกช่วงชีวิตให้ปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย เหมือนเกราะป้องกันโรค สร้างสุขภาพให้แข็งแรง มีภูมิต้านทานโรคและภัยสุขภาพต่าง ๆ จากปัญหาสุขบัญญัติแห่งชาตินักเรียน ชั้น ป.1-6 ของโรงเรียนจำนวน 4 แห่ง (เครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น) ในเขตเทศบาลนครพบ ปัญหาเรื่องความไม่สะอาดของเสื้อผ้ามีเชื้อโคลิแบคทีเรียดำยาว ศีรษะมีเหรังแค ฟันผุฟันมีหินปูนและเหงือกอักเสบ เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ควรมีการเร่งรัดในการป้องกันแก้ไขไม่ให้เกิดกับนักเรียนเพราะส่งผลต่อสุขภาพและการเรียน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

ของ นักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของ นักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นสูงกว่าก่อนทดลอง

2. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Comparison Group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest- Posttest) ใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้น ป.6 ในปีการศึกษา 2566 กำหนดให้โรงเรียนทั้งสองแห่งเป็นโรงเรียนในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลขอนแก่น และมีการจัดกิจกรรมงานอนามัยโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2566 - ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนชั้น ป. 6 ของโรงเรียนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น 2 แห่ง กลุ่มทดลอง1แห่ง กลุ่มควบคุม 1 แห่ง โดยเลือกโรงเรียนที่มีขนาดใกล้เคียงกัน อยู่ในเขตเทศบาลนครเหมือนกัน มีนักเรียนที่กำลังศึกษาในชั้น ป.6 จำนวนใกล้เคียงกัน มีสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์และสังคมใกล้เคียงกัน เป็นโรงเรียนที่อยู่ห่างกัน เพื่อลดโอกาสที่ทั้งสองกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกันและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. นักเรียนที่ศึกษาในโรงเรียนที่อยู่ในเขต รับผิดชอบและอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
2. เป็นโรงเรียนที่มีแผนจะพัฒนาเป็นโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ
3. มีนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้น ป.6 อย่างน้อย 1 ห้องเรียนและมีนักเรียนไม่เกิน30คนต่อห้อง
4. การศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน รวม

เป็น 60 คน

เกณฑ์คัดเข้า 1) อาศัยอยู่กับบิดามารดา/ผู้ปกครอง

2) นักเรียนและบิดามารดา/ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์คัดออก 1) มีปัญหาด้านสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ถึงร้อยละ 80

3) นักเรียนหรือผู้ปกครองขอถอนตัวขณะเข้าร่วมกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูล เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564

เครื่องมือในการวิจัย

โปรแกรมที่ใช้ในการทดลองผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของกองสุขศึกษา ปี 2561

รูปแบบกิจกรรม

จัดกิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที โดยประมาณซึ่งแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมในช่วงโมงสุขศึกษาของนักเรียนลักษณะกิจกรรมประกอบด้วย บรรยาย, ทำงานกลุ่มฝึกค้นหาข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ, นำเสนอผลงาน และมีส่วนร่วมในการสรุป

ดำเนินการจัดกิจกรรมในระหว่างเดือนกันยายน 2566 - ธันวาคม 2566 ดังนี้

ครั้งที่ 1 การพัฒนาทักษะการสืบค้นข้อมูล และเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยถามนักเรียนใครเคยค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติบ้าง จากนั้นผู้วิจัยถามต่อว่าแหล่งข้อมูลที่นักเรียนค้นหาเกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติมาจากแหล่งใดบ้าง ที่คิดว่าข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องแหล่งสืบค้นข้อมูลและการค้นหาข้อมูล รวมถึงวิธีการตรวจสอบข้อมูล ถามตอบจากบทเรียนความรู้เรื่องแหล่งสืบค้นข้อมูลและการค้นหาข้อมูล ผู้วิจัยและนักเรียนร่วมกันสรุปประเด็นในเรื่องการค้นหาข้อมูล และตรวจสอบข้อมูล

ครั้งที่ 2 การพัฒนาทักษะเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นตามสุขบัญญัติแห่งชาติการอ่านคำศัพท์พื้นฐาน ตัวเลขสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งกลุ่มนักเรียนออกเป็น 5 กลุ่ม จากนั้นแจกเอกสาร ใบงานที่ 1 ความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ โดยให้นักเรียนแต่ละกลุ่มอ่านข้อความด้านสุขภาพที่ได้รับ แล้วจับใจความสำคัญพร้อมจดบันทึกลงในใบงาน นักเรียนแต่ละกลุ่มนำเสนอผลงานต่อชั้นเรียน ผู้วิจัยช่วยแนะนำเพิ่มเติม

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะการโต้ตอบซักถาม เพื่อเพิ่มความเข้าใจด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยถามนักเรียนใครเคยอ่านข้อมูลหรือเคยได้ยินผู้อื่นเล่าเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามสุขบัญญัติ 10 ประการ ถามต่อว่าเมื่ออ่านหรือได้ยินข้อมูลด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแล้วเข้าใจ หรือไม่เข้าใจอย่างไร ให้ความรู้เรื่อง การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจด้านสุขภาพ และหน่วยงานหรือบุคคลที่ควรขอรับการปรึกษาด้านสุขภาพ แบ่งกลุ่มนักเรียนออกเป็น 5 กลุ่ม จากนั้นแจกใบงานที่ 2 ความรู้การโต้ตอบซักถามเพื่อความเข้าใจด้านสุขภาพ ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มอ่านข้อความด้านสุขภาพที่ได้รับ นักเรียนแต่ละกลุ่มนำเสนอผลงาน ฝึกการสนทนาโต้ตอบ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมเรื่องการโต้ตอบซักถาม

ครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อสุขภาพ

ผู้วิจัยถามนักเรียนใครใช้ข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตบ้าง ถามต่อว่ามีวิธีการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลอย่างไรเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ให้ความรู้เรื่อง การตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพ แบ่งกลุ่มนักเรียนออกเป็น 5 กลุ่ม จากนั้นแจกใบงานที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม การตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพ โดยให้นักเรียนแต่ละกลุ่มอ่านข้อความด้านสุขภาพที่ได้รับ แต่ละกลุ่มนำเสนอผลงาน ผู้วิจัยช่วยแนะนำเพิ่มเติมประเด็นในเรื่องการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม

ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยถามนักเรียนใครเคยวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายเพื่อสุขภาพของตนเอง ถามต่อว่านักเรียนสามารถทำได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ ให้ความรู้เรื่อง วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งกลุ่มนักเรียนออกเป็น 5 กลุ่ม จากนั้นแจกใบงานที่ 4 ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

และ การจัดทำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แต่ละกลุ่ม ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มอ่านข้อความด้านสุขภาพที่ได้รับนำเสนอผลงานต่อชั้นเรียน ผู้วิจัยแนะนำเพิ่มเติม ร่วมกันสรุปประเด็นในเรื่องการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

ครั้งที่ 6 การพัฒนาทักษะการนำเสนอ บอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อสังคม

ผู้วิจัยถามนักเรียนใครดูแลสุขภาพตนเองด้วยการปฏิบัติตามสุขบัญญัติ 10 ประการบ้าง ผลเป็นอย่างไร และเคยนำเสนอประสบการณ์ที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพตนเองบอกเพื่อนหรือคนในครอบครัวฟังบ้างหรือไม่ ให้ความรู้เรื่อง การเล่าเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อส่วนรวม แจกใบงานที่ 5 การปฏิบัติและบอกต่อตามสุขบัญญัติแห่งชาติกับนักเรียนทุกคนและให้เขียนเล่าเรื่องกิจกรรมประจำวันของนักเรียนตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ที่บอกต่อพ่อแม่ พี่น้อง หรือคนในครอบครัว คนละ 1 เรื่อง สุ่มจบบรรายชื่อเพื่อนำเสนอต่อกลุ่ม แนะนำเพิ่มเติม ผู้วิจัยและนักเรียนร่วมกันสรุปประเด็นผลดีของการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติและผลเสียหากละเลยไม่ปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 เป็นแบบประเมินที่มีการพัฒนาและนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างแพร่หลาย แบบประเมินนี้มี ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถทักษะ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาตอนต้น (อายุ 7-14 ปี) ที่ ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน จำนวน 28 ข้อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบ จำนวน 3 ข้อ
ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ
ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ จำนวน 15 ข้อ

ตารางที่ 3 สรุปคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 50

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ < 20 คะแนนหรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	-เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
ถ้าได้ 20 – 29 คะแนนหรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	-เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้ 30–39คะแนน หรือ $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดี	-เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้ 40 – 50 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	-เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ตารางที่ 4 สรุป คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ รวมจำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 75

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
< 45 คะแนนหรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	-มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติไม่ถูกต้อง
45– 52.99 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	-มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติได้ถูกต้องเป็นเล็กน้อย
53–59.9คะแนน หรือ $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดี	-มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่
60–75 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	-มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับที่วัดความถี่ของการกระทำตั้งแต่ปฏิบัติน้อยที่สุดให้ 1 คะแนนจนถึงปฏิบัติมากที่สุด 5 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ = .84 พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกวัน ให้ 5 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ = .83

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์หลังจากนั้นจัดทำคู่มือลงรหัสตามแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัด

ขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้น ป.6 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติโดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย KEF66023 วันที่เริ่มอนุมัติ 8 กันยายน 2566 หมดอายุ 7 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.33 กลุ่มควบคุมร้อยละ 80.00 อายุส่วนใหญ่ มีอายุ 12 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 90 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 80 การเปรียบเทียบอายุ น้ำหนัก ส่วนสูงตามเกณฑ์ของกรมอนามัย พบว่า เปรียบเทียบน้ำหนักกับส่วนสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 70 และ 66.7 ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี คือมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติไม่ถูกต้อง ร้อยละ 46.67 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คือมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ร้อยละ 46.67

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี คือมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติไม่ถูกต้อง ร้อยละ 40.00 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติได้ถูกต้องเป็นเล็กน้อย ร้อยละ 56.67

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองเท่ากับ 35.87 (SD=4.28) หลังการทดลองเท่ากับ 42.43 (SD=4.40) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ระหว่างก่อนและหลัง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลองเท่ากับ 47.73 (SD=7.05) หลังการทดลองเท่ากับ 58.30 (SD=4.84) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

กลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองเท่ากับ 35.70 (SD=4.30) หลังการทดลองเท่ากับ 35.43 (SD=4.14) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ระหว่างก่อนและหลัง พบว่า ไม่แตกต่างกัน $p\text{-value} > 0.05$ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า ก่อนการทดลองเท่ากับ 47.50 (SD=4.30) หลังการทดลองเท่ากับ 46.57 (SD=5.17) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติพบว่า ไม่แตกต่างกัน $p\text{-value} > 0.05$ รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายละเอียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		การเปรียบเทียบ		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}_{diff}$	t-value	p-value
กลุ่มทดลอง							
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	35.87	4.28	42.43	4.40	6.57	7.91	0.00*
พฤติกรรมสุขภาพ	47.73	7.05	58.30	4.84	10.57	9.23	0.00*
กลุ่มควบคุม							
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	35.70	4.30	35.43	4.14	0.27	4.28	0.21
พฤติกรรมสุขภาพ	47.50	6.73	46.57	5.17	0.93	1.44	0.16

Pair t test < 0.01*

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.87 (SD=4.28) และกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.70 (SD=4.30) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05 **หลังการทดลอง** กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.43 (SD=4.40) และกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.43 (SD=4.14) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 **ด้านพฤติกรรม**

สุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.73 (SD=7.05) และกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.50 (SD=4.30) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05 **หลังการทดลอง** กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.30 (SD=4.84) และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.57 (SD=5.17) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายละเอียด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		การเปรียบเทียบ		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}_{diff}$	t-value	p-value
ก่อนการทดลอง							
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	35.87	4.38	35.70	4.30	0.17	0.15	0.88
พฤติกรรมสุขภาพ	47.73	7.05	47.50	6.73	0.23	0.13	0.90
หลังการทดลอง							
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	42.43	4.40	35.43	4.14	7.00	6.35	0.00*
พฤติกรรมสุขภาพ	58.30	4.84	46.57	5.17	11.73	9.07	0.00*

t test < 0.01*

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.33 หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 80 สอดคล้องกับการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง (ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของกองสุศึกษา กลุ่มวัยเด็ก พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ระดับดีมาก ร้อยละ 50.54⁴ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข⁵ รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2562 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มวัยเรียน อายุ 7-14 ปีภาพรวมประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 33.83

พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 46.67 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 46.67 สอดคล้องกับการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง (ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของกองสุศึกษา กลุ่มวัยเด็ก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีมาก ร้อยละ 37.40 และสอดคล้องกับการศึกษาของชีราวุธบุญณวิซและศิริระประพท์ ทองเทพ (2563) ศึกษา การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพในชุมชนพบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับระดับดีมากร้อยละ 48.5⁷

ด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.30 (SD=4.84) และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.57 (SD=5.17) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ตันติเอกรัตน์⁸ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับอรรถพรณ วรยาน, สากร กรงไกรเพชร และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ และค่าเฉลี่ย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพงศ์ ธนะขว้าง¹⁰ ศึกษาประสิทธิภาพผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าม่วง พบว่า สามเณรมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{x} = 77.79$, S.D. = 2.80) ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{x} = 14.08$, S.D. = 0.93) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{x} = 3.84$, S.D. = 0.21) และประสิทธิภาพการแปรงฟัน ($\bar{x} = 0.12$, S.D. = 0.15) เพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พบว่าทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}$) สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพงษ์ ชารวิพัฒน์ ศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์¹¹ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเป็นไปตาม

สมมุติฐานข้อที่ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น สูงกว่าก่อนทดลอง และสมมุติฐานข้อที่ 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น สูงกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป การนำโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง เป็นไปตามสมมุติฐาน

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติไปปรับใช้ในการเรียนการสอนวิชาสุขศึกษา หรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

1.2. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพแก่เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่น ๆ เพิ่มขึ้น

2.ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1. ควรนำโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ปรับให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนมากยิ่งขึ้นและเกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในอนาคต

2.2. ควรนำโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามสุขบัญญัติแห่งชาติไปปรับใช้กับเด็กช่วงวัยอื่น ๆ ต่อไป

2.3. ควรมีการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับนักเรียน ตามบริบทของโรงเรียน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัทห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟันฟิปปบลิชซิง .นนทบุรี
- กองสุศึกษา. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. ฉบับปรับปรุง. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ , กระทรวงสาธารณสุข; 2561
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ) จำกัด. 2561.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. โปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ. นนทบุรี.2562.
- กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สร้างการเรียนรู้ สร้างสุขภาพ : บทเรียนจากโรงเรียน.นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข.2560.
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือ การพัฒนายุวอาสาสมัครสาธารณสุข. 2563. มปทมปป.[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย.65].เข้าถึงได้จาก: (<http://www.hed.go.th/slidePictur>
- อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2559. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 28 เม.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก : file:///C:/Users/WIN-7/Downloads/23032017200053794_news.pdf.

8. ศศิธร ตันติเอกรัตน์(2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 (2020): พฤษภาคม-สิงหาคม 2563
9. วรยาน, สากร กรูไกรเพชรและสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 (2020): มกราคม-เมษายน 2563
10. วุฒิพงศ์ ณะชะว้าง. ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน .วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2564. หน้า 1 – 11.
11. วุฒิพงษ์ ฆารวิวัฒน์ (2565) ศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในนักเรียน โรงเรียนเทศบาล 4 เฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (2022)