

วารสาร สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2567
VOL.9 NO.3 July - September 2024

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



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (Covid-19) โรงพยาบาลโสธร รัชดาภรณ์ แสงภักดี ,ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท	1
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา วีระพงษ์ ศรีประทาย	10
ลักษณะของผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ใน รพ.กาฬสินธุ์ ชญานิศ ตระกูลทอง	22
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย สุจิตรา สมวงษา	31
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา นันทพัทธ์ อีระพัฒนานนท์ ,ศิเวศยุทธ สิงห์ปฐุ	41
ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพทีมในระดับจังหวัดเพื่อการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในพื้นที่อำเภอเสิงสุมัง จังหวัดสุรินทร์ อนงค์ มณีศรี	53
การวิเคราะห์พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวต่อสวนแสดงในสวนสัตว์นครราชสีมา วิจิต กอคำ ,วนิดา แผลงปัญญา	64
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา .. ราเชนทร์ ประสพศิลป์	70
ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม จักรกรินทร์ รัชวิจักขณ์	82
ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ทศวรรษ เกิดตั้ง ,ธดา สิทธิธาดา	91
การบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชูทิศ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ปาริชาติ ธรรมสุวรรณ ,ธดา สิทธิธาดา	103
การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ณัชชา กิ่งคำ ,พรภิวรรณ เพ็ญสังกะ ,จาดิกา รัตนดาตาส	115
การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พลอยนภัส พงษ์สุวรรณ	125
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ณิชาพร นุสนทรา	133
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ศรีแพร เอ็งฉ้วน	143
การประเมินความเสี่ยงทางกายวิภาคศาสตร์ต่อความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ของกลุ่มพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง วรพล สงชุม ,เสรีย์ ตูประกาย ,ปิยะรัตน์ ปรีรัมย์โนช ,นันท์นภัส อินยิ้ม ,โกวิท สุวรรณหงษ์ ,วัฒนา จันทะโคตร	153
การพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มาใช้บริการ ที่สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ ฉันทนา อ่อนสมจิตร ,สุภาวดี คงโพธิ์น้อย ,สุภาพรณ อยู่ประเสริฐ	160
การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดสระแก้ว กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย ,ทวีชัย สายทอง	171
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA ในโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด : กรณีศึกษา สุปราณี โสธานาน	184
การเฝ้าระวังการปนเปื้อนไวรัสโนโรในน้ำอุปโภคบริโภคที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อิริยะพร กองทัพ ,อาภากร นบอบ และวัชร ทองขาว	193



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อน้ำเหลืองในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น	200
รุ่งลาพรรณ ศุภรัตน์กุล	
การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร สุภาณี กิตติสารพงษ์	212
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว	219
นพพล ศรีทองใบ	
เสียงจากชุมชน: การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไตเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี	230
บรรเทิง พลสวัสดิ์ วิฑิตมา โกศลวิตร ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ เมธาพร อัครศักดิ์ศรี ,พัชร ใจการุณ ,อรนิตย์ จันทะเสน	
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานเนื่องจากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ที่มีภาวะซึมเศร้า :เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย	240
มัตตัญญูตา โสภา	
การพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลใน ครอบครัว :กรณีศึกษา 2 ราย	250
มานิจันท์ สารสี	
ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสว	258
ทรรศนีย์ บัวทอง	
ประสิทธิผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด	267
รุ่งตะวัน อัยวรรณ	
การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในคลินิก หมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	277
เรืองศิริ เจริญพงษ์	
การประเมินมาตรฐาน และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของห้องส้วมสาธารณะ ภายในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานเชียงใหม่	291
บัญชา ขำศิริ ,ปิยะพันธ์ เชื้อเมืองพาน ,กรณิการ์ รัตนพันธ์	
การพัฒนาแบบการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกะบะกัดในพื้นที่คาบสมุทร อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา เสาวนิต อยู่ดี	301
รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพ ด้วย 3 หมอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน จังหวัดสงขลา	308
มนมัย แคล้วคลอด	
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุของตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี	317
กฤษณี เรียนทับ	
สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผลติดเชื้อที่กระดูกขา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	325
จิรณา ประกอบ	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษาภาวะติดเชื้อในช่องท้องในผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วย วิธีการล้างไตทางหน้าท้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	331
รัฐพล จิตรไทย	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนร่วมกับเบาหวานที่มารับยาระับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ : กรณีศึกษา	341
นฤมล สุวรรณวิโรจน์	
พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ	349
สุกัญญา เหล่าแคว ,รวีวัลย์ แพงตา ,วรรณภรณ์ บัวหยาด ,วลัยรัตน์ พิมพ์สาร ,สุพรรณษา ภูษา ,พิชชาพร บุญสูง	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	357
อุบล ตรังเมธีวัฒน์	



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากกรก้างติดแน่นและได้รับการผ่าตัดมดลูก สวัญญา กองสว่าง	366
การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2566 กัลย์ เนื่องโพธิ์ ,กฤตนัน นิรังคุตรสกุล	373
การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี	385
จิตพร ผลเกิด ,เกศรา แสนศิริวิสุข ,ภูมิพัฒน์ นริษที่ภูวพงษ์	
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง : กรณีศึกษา 2 ราย เสาวลักษณ์ กิณเรศ	397
การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสตียกร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว : กรณีศึกษา อภิญา กิตติคุณ	403
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ : กรณีศึกษา 2 ราย จิระศักดิ์ เหล็กเพชร	409
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ : กรณีศึกษา พรพิมล อาจเงิน	419
การประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาล หัวหน้าเวร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น	430
อรัญญ์ พรธรรณนัท	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการพยาบาล เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : โรงพยาบาลโสธร	436
วรรณ จันทราชัย	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง : กรณีศึกษา วรรณมา ตาลเพชร	444
ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานรับรองคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	455
นิโลบล ช่วยแสง ,พานิ สิตกะลิน ,พรทิพย์ กิระพงษ์	
ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน	464
เพชรริน วิญญายอ	
การบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พิศวรรณ พูลสุข	471
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำและมีเลือดออกในสมองบริเวณ ที่ขาดเลือดร่วมกับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง : กรณีศึกษา	478
มณฑา นาคแสง	
การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะ HELLP syndrome และคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา	490
เมธาวดี ลาภสัมปันน์	
การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี สายน้ำผึ้ง ปันทอง	498
การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา สุนิสา บุตรเอก	508
การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พรสุวรรณ จารุพันธุ์ ,สิรินทรา พุตระกูล ,ปิณณทัต บณขุนทด ,ชุมศรี ต้นเกตุ	516
รูปแบบความสุขของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี	526
รณภพ เกตุทอง	
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิตและอัตราการครองชีพของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขાપนม จังหวัดกระบี่	535
รภัสสา รักแก้ว	



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ สุพรรณษา จิตรสม ,ธันยาพร โคตรชุม ,ปณณทัต บนขุนทด ,ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์ ผลของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตของพนักงาน ในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	543
ฐานปณินัย สิ่งทอโบราณ กรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายเด็กโรคไตอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคหัด	553
สุนิสา จันทร์จินดา การพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นดิบที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อกะเพาะอาหารส่วนปลาย กับลำไส้เล็กส่วนกลาง: กรณีศึกษา	564
อรสา ลาภเจริญ	573

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 35 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ศักยภาพทีมในระดับจังหวัดเพื่อการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวส่วนแสดงในสวนสัตว์ การจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม นวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน ความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่อความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ กระบวนการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA การปนเปื้อนไวรัสโรโนในน้ำอุปโภคบริโภคที่ใช้ในโรงแรม การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด พฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไตเรื้อรัง วางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของห้องส้วมสาธารณะ การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกะบะกัด (พขอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพ ด้วย 3 หมอ การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องผลติดเชื้อที่กระเจกตา ความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง ผู้ป่วยโรคอ้วนร่วมกับเบาหวานที่มารับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากกรก้างติดแน่น ระบบเฝ้าระวังวัณโรคคอตีบยา รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

วารสาร สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ



Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2567
VOL.9 NO.3 July - September 2024

Part I

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



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (Covid-19) โรงพยาบาลโสธร รัชดาภรณ์ แสงภักดี ,ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท	1
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา วีระพงษ์ ศรีประทาย	10
ลักษณะของผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ใน รพ.กาฬสินธุ์ ชญาณิศ ตระกูลทอง	22
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย สุจิตรา สมวงษา	31
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา นันทพัทธ์ อีระพัฒนานนท์ ,ศิเวศยุทธ สิงห์ปฐุ	41
ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพทีมในระดับจังหวัดเพื่อการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในพื้นที่อำเภอเสิงสาง จังหวัดสุรินทร์ อนงค์ มณีศรี	53
การวิเคราะห์พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวต่อสวนแสดงในสวนสัตว์นครราชสีมา วิจิต กอคำ ,วนิดา แผลงปัญญา	64
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา .. ราเชนทร์ ประสพศิลป์	70
ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม จักรกรินทร์ รัชวิจิกรณ์	82
ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ทศวรรษ เกิดตั้ง ,ธดา สิทธิธาดา	91
การบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ปาริชาติ ธรรมสุวรรณ ,ธดา สิทธิธาดา	103
การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ณัชชา กิ่งคำ ,พรทิวรรณ เพี้ยสังกะ ,จาดิกา รัตนดาตาศ	115
การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พลอยนภัส พงษ์สุวรรณ	125
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ณิชาพร นุสนทนา	133
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ศรีแพร เอ็งฉ้วน	143
การประเมินความเสี่ยงทางกายวิภาคศาสตร์ต่อความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ของกลุ่มพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง วรพล สงชุม ,เสรีย์ ตูประกาย ,ปิยะรัตน์ ปรีรัมย์โนช ,นันท์นภัส อินยิ้ม ,โกวิท สุวรรณหงษ์ ,วัฒนา จันทะโคตร	153
การพัฒนารูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มาใช้บริการ ที่สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ ฉันทนา อ่อนสมจิตร ,สุภาวดี คงโพธิ์น้อย ,สุภาพรรณ อยู่ประเสริฐ	160
การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดสระแก้ว กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย ,ทวีชัย สายทอง	171
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA ในโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด : กรณีศึกษา สุปราณี โสติดานา	184



สารบัญ

	หน้า
รายงานการวิจัย	
การเฝ้าระวังการปนเปื้อนไวรัสโนโรในน้ำอุปโภคบริโภคที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	193
อิริยาพร กองทัพ, อาภากร นบนอบ และวัชร ทองขาว	
ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต	
โรงพยาบาลขอนแก่น	200
รุ่งลาพรรณ ศุภรัตน์กุล	
การพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร	212
สุภาณี กิตติสารพงษ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3	
ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว	219
นพพล ศรีทองใบ	
เสียงจากชุมชน: การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไตเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี	230
บรรณิทธิ์ พลสวัสดิ์, วิฑิตมา โกศลวิตร, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ, เอลเทอร์ เมธาพร, อัครศักดิ์ศรี, พชร ใจการุณ, อรณิตย์ จันทะเสน	
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานเนื่องจากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ที่มีภาวะซึมเศร้า	
:เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย	240
มัตตัญญูตา โสภา	
การพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลใน	
ครอบครัว :กรณีศึกษา 2 ราย	250
มานิจันท์ สารสี	
ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรี	258
พรรณนีย์ บัวทอง	
ประสิทธิผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด	
ระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด	267
รุ่งตะวัน อัยวรรณ	
การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในคลินิก	
หมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	277
เรืองศิริ เจริญพงษ์	
การประเมินมาตรฐาน และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของห้องส้วมสาธารณะ ภายในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ	
ท่าอากาศยานเชียงใหม่	291
บัญชา คำศิริ, ปิยะพันธ์ เชื้อเมืองพาน, กรรณิการ์ รัตนพันธ์	

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 35 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ศักยภาพทีมในระดับจังหวัดเพื่อการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวส่วนแสดงในสวนสัตว์ การจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม นวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน ความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่อความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ กระบวนการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA การปนเปื้อนไวรัสโรโนในน้ำอุปโภคบริโภคที่ใช้ในโรงแรม การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด พฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไตเรื้อรัง วางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของห้องส้วมสาธารณะ การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกะบะกัด (พขอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพ ด้วย 3 หมอ การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องผลติดเชื้อที่กระเจกตา ความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง ผู้ป่วยโรคอ้วนร่วมกับเบาหวานที่มารับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากกรก้างติดแน่น ระบบเฝ้าระวังวัณโรคคอตีบยา รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (Covid-19) โรงพยาบาลโสธร

The Development of Corona virus – 19 Continuous Care Plan in Yasothon Hospital.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

รัชดาภรณ์ แสงภักดิ์¹ ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท¹

Ratchadaphon Saengphak¹ Duangporn Wattanaruangkavit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลโสธร การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่อง 3) นำแผนไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่บ้าน และ 4) ศึกษาผลลัพธ์ ดำเนินการศึกษาระหว่าง 1 มกราคม – 30 มิถุนายน 2565 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข 12 ราย และผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวที่บ้าน จำนวน 120 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แผนการดูแลต่อเนื่อง และคู่มือแนวทางการประเมินอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ผลการศึกษา พบว่า ในระยะที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องของขาดแนวปฏิบัติที่ใช้ร่วมกัน ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามอาการผู้ป่วยได้ (ร้อยละ 18.31) บุคลากรสาธารณสุขขาดความมั่นใจในการประเมินอาการผู้ป่วยส่งผลให้การให้คำแนะนำไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย อีกทั้งพบปัญหาการรับประทานยา การใช้อุปกรณ์ การกำจัดขยะติดเชื้อ และการกักตัวไม่ครบกำหนด จึงนำมาสู่การพัฒนา (ระยะที่ 2) และนำแผนการดูแลต่อเนื่องไปทดลองใช้ (ระยะที่ 3) เมื่อประเมินผลลัพธ์หลังใช้แผนการดูแลต่อเนื่อง (ระยะที่ 4) พบว่า ผู้ป่วยรักษาหาย ร้อยละ 97.50 มีการส่งต่อโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 1.67 ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้อง ร้อยละ 96.67 และกักตัวครบกำหนด ร้อยละ 99.16 พบการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวเพียงร้อยละ 1.67 ส่วนบุคลากรมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 เมื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ป่วยพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.52 และ 4.63 ตามลำดับ) และมีอัตราการปฏิบัติตามแผนร้อยละ 98

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง, โรคโควิด 19, การพักรักษาตัวที่บ้าน

Abstract

This research and development aimed to develop a continuous care plan for COVID-19 patients at Yasothon Hospital. The study was conducted in four phases: 1) studying baseline data and analyzing the situation, 2) developing a continuous care plan, 3) implementing the plan for home-isolated patients, and 4) evaluating outcomes. The study was conducted from January 1 to June 30, 2022. The sample consisted of 12 healthcare personnel and 120 COVID-19 patients undergoing home isolation. Research tools included a continuous care plan and a telephone symptom assessment guide.

Phase 1 results revealed a lack of common guidelines, inability to follow up on 18.31% of patients, and healthcare personnel's lack of confidence in symptom assessment. This led to inadequate health advice for patients, resulting in issues with medication adherence, equipment usage, infectious waste disposal, and incomplete quarantine periods. In phases 2 and 3, a continuous care plan was developed and implemented. After implementing the continuous care plan (phase 4), 97.50% of patients recovered, 1.67% were referred to the hospital, 96.67% took medication correctly, and 99.16% completed the quarantine period. Family transmission occurred in 1.67% of cases. Healthcare personnel's knowledge and skills increased by 100%. Satisfaction levels of both staff and patients were very high (mean scores of 4.52 and 4.63, respectively), with a 98% adherence rate to the care plan.

Keywords: Continuous care, COVID-19, home isolation

¹ พย.ม.โรงพยาบาลโสธร

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ก่อให้เกิดวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขทั่วโลก การระบาดเริ่มต้นในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อปลายปี 2562 และแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคมในวงกว้าง องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด 19^{1,2} เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 และต่อมาได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยยืนยันทั่วโลกมีจำนวน 246,951,274 ราย คิดเป็น 3,163 รายต่อแสนประชากร หรือร้อยละ 3 ของประชากรโลก เสียชีวิต 5,004,855 ราย คิดเป็นอัตราตาย 64 รายต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายอยู่ที่ร้อยละ 2.03 พบผู้ติดเชื้อใน 188 ประเทศ จาก 193 ประเทศทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 97.41 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 มีผู้เสียชีวิต 5,949,015 ราย มีผู้เสียมากกว่า 100,000 รายใน 16 ประเทศ และพบว่าประมาณร้อยละ 10-30 ของผู้ป่วยโรคโควิด 19 อาจมีอาการ Long COVID ซึ่งอาจคงอยู่เป็นเวลาหลายเดือนหรือนานกว่านั้น

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้รายงานผู้ป่วยยืนยันรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563³ ซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวจากประเทศจีนและจากนั้นผู้ติดเชื้อในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565 ซึ่งเป็นปีที่มีความสำคัญในการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน ซึ่งแพร่กระจายได้รวดเร็วแต่มีความรุนแรงน้อยกว่าสายพันธุ์ก่อนหน้า มีผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 2.7 ล้านราย ผู้เสียชีวิตประมาณ 14,000 ราย และอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 0.5⁴ ส่งผลให้รัฐบาลต้องประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและใช้มาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมการแพร่ระบาด⁵ เช่น

ล็อกดาวน์ (lockdown) การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และการสวมหน้ากากอนามัย แม้ว่าประเทศไทยจะได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติว่าสามารถจัดการกับการระบาดได้ดีในช่วงแรกแต่การระบาดระลอกใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในภายหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการระบาดของสายพันธุ์เดลตาในปี 2564 ได้สร้างความท้าทายต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนเตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ในหลายพื้นที่ ในประเทศไทยแม้จะยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของ Long COVID แต่ก็มีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งที่เริ่มได้รับความสนใจมากขึ้น คือการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁵ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงผู้ที่มีอาการ Long COVID ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหลังจากการติดเชื้อเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยอาจมีอาการต่างๆ เช่น อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ ปัญหาด้านความจำและสมาธิ นอนไม่หลับ วิดกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการทำงานในระยะยาว

สถานการณ์การแพร่ระบาดในจังหวัดยโสธร ในช่วงต้นปี 2565⁶ มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับเป็นการระบาดของสายพันธุ์ Omicron พบว่า มีผู้ป่วยที่มาขอการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธรมากถึง 1,376 ราย ผู้ที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธรซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย^{7,8} ทำให้โรงพยาบาลยโสธรไม่สามารถรองรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากจำนวนเตียง เครื่องมือ และบุคลากรไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลลำพูน⁹ ดำเนินการพัฒนาให้ความรู้ฝึกอบรมทักษะให้แก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ย่อมส่งผลให้การให้บริการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่วนการศึกษาเรื่อง

การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี¹⁰ พบว่า การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ให้ยั่งยืนต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหาร ทั้งในระดับกระทรวงและในระดับพื้นที่ และการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลศิริราช¹¹ พบว่าการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับจำนวน ผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาด ดังนั้น โรงพยาบาลโสธรจึงจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 (HI center : Home isolation center) ขึ้นเพื่อให้เป็นศูนย์กลางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่พักอาศัยที่บ้าน โดยใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹¹ แต่แนวทางดังกล่าวยังเน้นที่การดูแลในระยะเฉียบพลันเป็นหลัก การดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ยังมีความท้าทายในหลายด้าน เช่น การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว การขาดระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน การขาดแคลนอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้การดูแลทางด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ Long COVID ในหมู่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป การจำแนกความรุนแรงผู้ป่วยและจัดระบบการดูแลรักษาแบบ Home Isolation ให้มีปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนจากอาการในระบบทางเดินหายใจ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านตามมาตรฐาน และปลอดภัยเหมือนกับได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลโสธร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 สำหรับผู้ป่วยที่พักอาศัยที่บ้าน โรงพยาบาลโสธร

2) เพื่อศึกษาผลการใช้แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 สำหรับผู้ป่วยที่พักอาศัยที่บ้าน โรงพยาบาลโสธร

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามแผนการรักษามากกว่าก่อนใช้แผน

2. ความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ป่วยหลังใช้แผนการดูแลต่อเนื่องสูงกว่าก่อนใช้แผนดูแล

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่รับการรักษาแบบพักอาศัยที่บ้านพักอาศัยที่บ้านและศึกษาผลการใช้แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 โรงพยาบาลโสธร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

กลุ่มพัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 12 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถูกเลือกแบบเจาะจง

ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในระบบรักษาที่บ้านที่อยู่ในความดูแลของศูนย์ดูแลผู้ป่วยโควิด ที่มารับบริการระหว่าง 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม 2565 จำนวน 1,376 ราย กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power การเลือก t tests - Means: Difference from constant (one sample case): Fixed model, R² deviation from zero และกำหนด effect size = 0.3, error prob. = 0.05 และ

power (1-B error prob.) = 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 ราย

เกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 (COVID-19) ที่สามารถให้การดูแลรักษาที่บ้านได้

เกณฑ์ในการคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ใหม่/ ไม่สามารถติดต่อได้, อยู่ในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และผู้ป่วยถูกส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ (ระยะที่1) เช่น การประชุมกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลรักษาตัวที่บ้าน

1.2 แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 โรงพยาบาลยโสธร โดยติดตามประเมินอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินติดตาม ได้แก่ พรอทอคซ์ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง โทรศัพท์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกอัตราการรักษาหายและอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

2.2 แบบบันทึกความถูกต้องของการใช้เครื่องมือที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ได้แก่ พรอทอคซ์ ดิจิทัล เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง เครื่องวัดความดันโลหิต

2.3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ขณะอยู่บ้าน

2.4 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยสำหรับบุคลากร แบ่งออกเป็น 5 ด้าน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ มี 5 ตัวเลือก จำนวน 16 ข้อ

2.5 ความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ป่วย ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 5

ข้อคำถาม ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 10 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

คุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถามความพึงพอใจโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา โดยผู้วิจัยกำหนดค่าความตรงของเนื้อหาสูงกว่า 0.80 ผลการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) 1) แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 โรงพยาบาลยโสธร และแนวทางติดตามประเมินอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (Phone Triage) เท่ากับ 0.85 2) แบบประเมินความรู้และทักษะการประเมินอาการผู้ป่วยของบุคลากร เท่ากับ 0.90 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ 0.93

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Alpha'chonbrach) กำหนดค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจ ทั้งฉบับมากกว่า 0.80 ขึ้นไป ทดสอบค่าความเที่ยงของด้วยการนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่การศึกษาวิจัยที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธร จำนวน 30 ราย ได้ดังนี้ 1) แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 โรงพยาบาลยโสธร เท่ากับ 0.90 2) ความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ป่วย เท่ากับ 0.95 3) แบบประเมินความรู้ของบุคลากร เท่ากับ 0.92

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เป็นวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์จากข้อมูลสถิติสารสนเทศ แบบบันทึกการตรวจคัดกรอง การนิเทศติดตาม ปัญหาอุปสรรค และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ตามแนวคิดของโดนาปีเดียน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง สถานการณ์ บริบท ด้าน

กระบวนการการดูแล และด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ โควิด 19 ที่รับการรักษาแบบพักรักษาตัวที่บ้าน และนำข้อสรุปผลการวิเคราะห์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาแผนการการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

ระยะที่ 2 พัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 โรงพยาบาลโสธรสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่บ้านและได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลผู้ป่วยโควิด นำแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ไปทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลและสะท้อนกลับ

ระยะที่ 3 นำผลการทดลองใช้จากระยะที่ 2 มาปรับปรุงแผนการดูแล และจัดประชุมชี้แจงการใช้แผนการดูแลต่อเนื่องสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องและนำแผนการดูแลต่อเนื่องไปใช้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่พักรักษาตัวที่บ้านประกอบด้วย 1) แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 (COVID-19) โรงพยาบาลโสธร 2) แนวทางติดตามประเมินอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (Phone Triage)

ระยะที่ 4 และนำไปใช้ และศึกษาผลการใช้แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ดังนี้ 1). ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วยรักษาหาย, ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาต่อ, ร้อยละผู้ป่วยรับประทายาได้ถูกต้อง, ร้อยละผู้ป่วยกักตัวครบ, ร้อยละอุบัติการณ์การแพร่เชื้อสู่คนอื่น และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแผนการดูแลต่อเนื่อง 2). ผลลัพธ์ทางด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ร้อยละบุคลากรมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น และระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อแผนการดูแลต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาเวชระเบียน การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ และการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Descriptive content analysis)

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงาน ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ระดับคะแนนความพึงพอใจแบ่งระดับโดยใช้อันดับภาคชั้น 6 ระดับคะแนนเท่ากับ คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยจำนวนระดับ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

วิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้ของบุคลากรโดยการนำผลคะแนนรวมที่ได้ไปแบ่งช่วงชั้นคะแนนแบ่งระดับโดยใช้อันดับภาคชั้น

ช่วงคะแนน 0 – 59 คะแนน อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ช่วงคะแนน 60 – 79 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 80 – 100 คะแนน อยู่ในระดับดี

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโสธร เลขที่ YST 2022-10 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้แนวคิดของโดนาปีเดียน 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์จากการศึกษา พบว่า

1. ด้านโครงสร้าง สถานบริการสาธารณสุขใน จังหวัดยโสธรมีข้อจำกัดในการรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเนื่องจากโรงพยาบาลยโสธรเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในจังหวัด มีความพร้อมด้านบุคลากรและอุปกรณ์ จึงจำเป็นต้องรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจากโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดยโสธรทุกแห่ง ทำให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอ โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยกว่าโรงพยาบาลจึงได้จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงที่พักรักษาตัวที่บ้าน การดำเนินการขาดแผนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม เกิดประเด็นท้าทายขึ้นโดยเฉพาะการติดตามผู้ป่วย ในด้านการประเมินอาการ ภาวะสุขภาพ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และการรับประทานยาของผู้ป่วย

1.1 ด้านเครื่องมือ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน หลักที่สำคัญคือการที่ผู้ป่วยดูแลตนเองสามารถประเมินภาวะสุขภาพตนเองได้ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ ประกอบด้วย พรอทจิจิตอล เครื่องวัดระดับออกซิเจนปลายนิ้ว (Oxygen sat) แบบประเมินอาการตนเอง ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในการใช้เครื่องมือและแปลผลไม่ถูกต้อง นอกจากนั้นยังพบปัญหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการสื่อสารและระบบอินเทอร์เน็ต (Internet) ที่ไม่เสถียร ส่วนโทรศัพท์และคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน

1.2 ด้านบุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้ในการดูแลและติดตามอาการผู้ป่วย เนื่องจากศูนย์ดูแลผู้ป่วยโควิด เป็นหน่วยบริการที่จัดตั้งขึ้นใหม่ บุคลากรที่มาปฏิบัติงานหมุนเวียนกันจากหลายๆหน่วยงานในโรงพยาบาล เช่น ห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล แผนกทันตกรรม งานอาชีวอนามัย อีกทั้งโรคโควิด 19 เป็น โรคอุบัติใหม่บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษา ธรรมชาติการเกิดโรค และการติดตามเฝ้าระวัง รวมถึงยังขาดเอกสารคู่มือต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะสุขภาพ

1.3 ด้านลักษณะขององค์กร เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้การสนับสนุนและช่วยเหลือด้านการให้บริการกับจากเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับใน

จังหวัดยโสธร การระดมทรัพยากรทั้งทางด้านบุคลากร เครื่องมือ ยา และการสนับสนุนทางวิชาการ เป็นหน้าที่หลักของโรงพยาบาลยโสธร จึงเกิดการจัดหมุนเวียนอัตรากำลังบุคลากรจากทุกวิชาชีพซึ่งมีความเชี่ยวชาญต่างกัน

2. ด้านกระบวนการ รูปแบบดูแลผู้ป่วยที่รักษาที่บ้านไม่ได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพ การติดตามอาการ และแนวทางการให้คำแนะนำ การรับผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่ระบบการรักษาที่บ้าน และระบบการปรึกษาแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและรักษามีหลายขั้นตอน รวมถึงการประสานงานระบบการบริหารยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อส่งให้ผู้ป่วยกับหน่วยงานภายนอก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่สะดวกและล่าช้า

3. ด้านผลลัพธ์ ผู้ป่วยติดเชื้อมีร้อยละ 56.42 ได้รับการติดตามครบ 10 ครั้งตามมาตรฐาน แต่ผู้ป่วยไม่มั่นใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับการระบบการรักษาแบบพักรักษาที่บ้าน โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 48.71 ต้องการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยกักตัวไม่ครบ 10 วันตามมาตรฐานมากถึงร้อยละ 12.58 ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง ยาหมดก่อนกำหนด และขอรับยาเพิ่มโดยมีเหตุผลไม่เพียงพอ ร้อยละ 68.18 ผู้ป่วยรายใหม่เริ่มรักษาโดยการรับประทานยาล่าช้า ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวมีเพียงร้อยละ 68.18

ระยะที่ 2 พัฒนาแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อมีโรคโควิด 19 โรงพยาบาลยโสธร โดยติดตามประเมินอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (Phone Triage) สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่บ้านและได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคโควิด ประกอบด้วย 1) การระบุตัวตน ยืนยันชื่อและข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย 2) การติดตามอาการ ตรวจสอบอาการเป็นประจำ เช่น ไข้ ไอ หายใจลำบาก 3) การแยกตัว แนะนำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากผู้อื่นตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ 4) การรักษาตามอาการ ให้การรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น เช่น ยาลดไข้ ยาแก้ปวด 5) การดูแลสุขภาพทั่วไป

แนะนำการพักผ่อนให้เพียงพอ ดื่มน้ำและรับประทานอาหารมีประโยชน์ 6) การตรวจติดตามทำการตรวจหาเชื้อซ้ำตามกำหนดเวลา 7) การสนับสนุนทางจิตใจ ให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย 8) การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดระบุและติดตามผู้ที่อาจได้รับเชื้อจากผู้ป่วย 9) การฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน 10) การให้ความรู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีป้องกัน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 11) การประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังอาการที่อาจบ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ระยะที่ 3 นำแผนการดูแลต่อเนื่องไปใช้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่พักรักษาตัวที่บ้าน โรงพยาบาลไธสง โดยติดตามประเมินอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (Phone Triage) สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่บ้านและได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลผู้ป่วยโควิด 19

ระยะที่ 4 ศึกษาผลการนำแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ไปใช้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ผู้ป่วย จำนวน 120 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1.31: 1 ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน 20 – 59 ปี (ร้อยละ 55.83) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 29.17) วัยเรียน (ร้อยละ 8.33) ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.00) รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 20.83) ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ปวส. (ร้อยละ 13.33) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง (ร้อยละ 25.83) รองลงมา คือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 20.00) นักเรียน/นักศึกษา ผู้ป่วยรักษาหายคิดเป็นร้อยละ 97.50 ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่งต่อโรงพยาบาลไธสงเพื่อรับการรักษาต่อ เพียง 2 ราย (ร้อยละ 1.67) ส่งเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมด้วยการเอกซเรย์ปอด ร้อยละ 2.50 พบผื่นผื่นเล็กน้อยแพทย์สั่งยาเพิ่มเป็น 10 วันจากมาตรฐานการรักษาเบื้องต้น 5 วัน เท่ากับร้อยละ 1.67 ส่วนผู้ป่วยรับประทานยาได้

ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 96.67 และผู้ป่วยกักตัวครบ 10 วัน จำนวน 119 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.16 (ตารางที่ 1) ส่วนผลการประเมินมีความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลต่อเนื่องมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่ และความพึงพอใจที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือข้อมูลที่ท่านได้รับครบถ้วนมีคะแนนเฉลี่ย 4.40 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

2. ผลลัพธ์ทางด้านผู้ให้บริการ

บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 33.33) แพทย์แผนไทย และผู้ช่วยพยาบาล วิชาชีพ 2 ราย (ร้อยละ 16.67) และนักกายภาพบำบัด เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข วิชาชีพ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33

ผลการประเมินคะแนนความรู้คะแนนประเมินบุคลากรความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19ภายหลังได้รับการอบรมแล้ว ค่าคะแนนโดยรวม ก่อนรับการอบรมมีค่าเฉลี่ย 5.78 (S.D. = 2.86) และหลังคะแนนรับการอบรมค่าเฉลี่ย 12.38 (S.D. = 1.86) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการประเมินมีความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แผนการดูแลต่อเนื่องมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่และความพึงพอใจที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือแผนการดูแลต่อเนื่องช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นและแผนการดูแลต่อเนื่องให้สามารถจำแนกประเภทความรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แม่นยำมีคะแนนเฉลี่ย 4.8 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคโควิด 19 ช่วยให้บุคลากรสามารถประเมินอาการและสภาวะสุขภาพ การดำเนินโรคของผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานการเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรด้านการประเมินสุขภาพ อาการ และการจัดการ ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจการดูแลรักษา ให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ครบถ้วนทุกประเด็นสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผู้ป่วยทางโทรศัพท์ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความ



มั่นใจในระบบการรักษาตัวที่บ้าน และปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับจากการศึกษาของนางวารารณ สมติ¹⁴ ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยจัดทำแนวทางต่างๆ ทั้งด้านการวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด ให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้ดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการสอนสาธิตการสวมใส่ชุด PPE ทำให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติงาน การศึกษาของนางนงนุชพร จรุงจิตร¹⁵ ศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในระบบ Home Isolation ของโรงพยาบาลวังเจ้า พบว่า ประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อขึ้นกับการสนับสนุนของผู้บริหาร และกระบวนการที่เป็นระบบ มีการกำหนดทีมที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย มีระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ช่วยผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็วและมีคุณภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ รวิพร โรจนอาษา และคณะ¹⁵ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Hospital HOME ประกอบด้วย Hold hands (ความร่วมมือ) Hotel (ที่พัก) Occupancy (การเข้าพัก

อาศัย) Manager& Manpower (ผู้จัดการระบบและกำลังคน) Electronic VPN (เครื่องมือที่ใช้เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและโรงแรม) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ถูกกักกันมีพฤติกรรมและการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นภายใต้ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือความพร้อมของบุคลากรการสนับสนุนของผู้บริหาร การแบ่งปันข้อมูล การให้ความรู้ การทำงานเป็นทีม ความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์

ข้อเสนอแนะ

1. แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (Covid-19) โรงพยาบาลยโสธร สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆได้ ทั้งโรคติดต่อทั่วไปและโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำตามบริบทของพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลยิ่งขึ้น

2. การดำเนินงานตามแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (Covid-19) โรงพยาบาลยโสธร เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นควรให้ความสำคัญเรื่องการประเมินผลตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ (New normal) ผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต] สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia>
- 2.World Health Organization. Coronavirus (COVID-19).2022 [Cited 19 April 2020]. Available from <https://covid19.who.int/>
- 3.กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-[https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia /index.php](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php).
- 4.กรมควบคุมโรค. (2565). COVID-19 Interactive Dashboard. <https://ddc.moph.go.th/covid19- dashboard/>
- 5.วารารณ สมติ. การพัฒนาแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2564; 19(2) : 68-79
- 6.โรงพยาบาลยโสธร รายงานข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19. โปรแกรมHos-xpโรงพยาบาลยโสธร 2565; 31 พฤษภาคม 2565.
- 7.ศูนย์สื่อสารโควิด19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. สถานการณ์โควิด19 จังหวัดยโสธร; 2565 เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/SATYASOTHON/posts/284369699591033>
- 8.กรมควบคุมโรค. (2564).แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19). <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.ph>

- 9.นุชรี จันทรเอี่ยม, มาลีวรรณ เกาตรทัต, พรพิมล ตันประดิษฐ์, ศศิประภา ตันสุวรรณ. การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาล โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVIC- 19) โรงพยาบาลลำพูน.; วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2564;8:115-128.
- 10.ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, ภาสินี ไทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี (Udon Model COVIC-19).วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(1):53-61.
- 11.นภาพร อภิตวีจิเศรษฐ์, เสาวนีย์ เนาวพานิช, จิตหทัย สุขสมัย, ชุตติพันธ์ ตี๋ไวยหาร, รักษนันท์ ขวัญเมือง. การเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด- 19. วารสารเวชบันทึกศิริราช 2564;14(4):81-90.
- 12.Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed. Journal of the American Medical Association 2003, 260(12),17431748.
- 13.สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ใน:สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาการ.การพยาบาลศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพ: วีเจพริ้นดิง; 2544: 115-136
- 14.นางธัญพร จรุงจิตร. ประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบ Home Isolationโรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. วารสารพยาบาล. 2564;70(3):64-71.
- 15.รวีพร โรจนอาษา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม. การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2565;14(1):134-156.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

Factors Affecting the Coping Behavior of the Elderly Stroke Patients in Prathai District, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: June 29,2024 ; Revised: July 13,2024 ; Accepted: July 14,2024)

วีระพงษ์ ศรีประทาย¹

Weeraphong Sriprathai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมาในช่วงเดือนมกราคม – ตุลาคม 2565 จำนวน 102 คน โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลแอดิแอล แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตน และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 โดยระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 58.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 51.0 โดยมีโรคร่วมมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.8 และโรคหัวใจ ร้อยละ 13.5 ตามลำดับ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่คือ รับประทานยาอย่างเดียว ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือรับประทานยาร่วมกับทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน ร้อยละ 36.3 การวิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วม มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าที่ไม่มีโรคร่วม 3.1 เท่า (95% CI; 1.12-8.17) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าที่แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก 3.9 เท่า (95% CI; 1.06-14.14) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก 0.4 เท่า (95% CI; 0.14-0.96) โดยปัจจัยอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์

คำสำคัญ: การเผชิญปัญหา, ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study was a survey research. The aim was to study 1) coping behavior of the elderly stroke patients and 2) factors affecting the coping behavior of the elderly stroke patients. The subjects consisted of 102 elderly stroke patients who attended the Prathai hospital during January to October 2022, by choosing according to the specified characteristics. The instruments used were the Demographic Data Record Form, Barthel Activities of Daily Living Form, Interview questions (social support, self-esteem, internal locus of control and coping behavior). The statistics employed in analyzing the data were percentage, frequency, arithmetic means, standard deviation, and logistic regression analysis.

The research results revealed as follows the majority was male by 71.6 %, 52.9% were married, 76.3% were elementary level, and the majority was living with family was 58.8%, 51.0% were comorbidity followed by hypertension was 48.1%, secondly, diabetes was 30.8% and heart disease was 13.5%, respectively. The current

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

treatment is taking medicine only was 55.9%, secondly, taking medicine with home physical therapy was 36.3. Moreover, elderly stroke patients where comorbidity had poor coping behavior 3.1 time higher than the no comorbidity (OR = 3.1, 95% CI = 1.12-8.17). Subjects there is social support was moderate level had poor coping behavior 3.9 time higher than the social support was high level (OR = 3.9, 95% CI = 1.06-14.14). and subject internal locus of control was moderate level had poor coping behavior 0.4 time higher than the internal locus of control was high level (OR = 0.4, 95% CI = 0.14-0.96). The other factors were no significantly related.

Keyword: Coping, Elderly, stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ทั่วโลกว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในแต่ละปี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 17 ล้านคน¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 รองจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ และอุบัติเหตุ อีกทั้งยังพบว่าผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 795,000 คนต่อปี² และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 77 ล้านคนซึ่งจะมีผู้ป่วยรายใหม่ 23 ล้านคน³ สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2558 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 19,244 คน⁴ นอกจากนี้มีการศึกษาที่ศึกษาในประเทศไทยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19,997 คน พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคนที่อายุมากกว่า 65 ปี มีร้อยละ 2.7 และอุบัติการณ์จะแตกต่างกันไปตามพื้นที่โดยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดที่กรุงเทพมหานครและคาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วประเทศปีละ 150,000 คน นอกจากนี้จากรายงานสถิติของเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขต 9 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2555-2561 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองเพิ่มขึ้นจาก 3,307 คนต่อประชากร 1 แสนคน เป็น 7,071 คนต่อประชากร 1 แสนคน⁵ ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญอีกโรคหนึ่งของประชากรสูงอายุไทย

นอกจากปัญหาด้านร่างกายแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกระยะจะมีปัญหาด้านจิตใจหลายอย่างที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล ความก้าวร้าว และความรู้สึกสูญเสีย เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่เกิดขึ้นรวดเร็วและในระยะเวลาอันสั้น ใน 2 สัปดาห์แรกพบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกช็อคกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิตกกังวล บางครั้งจะโกรธและปฏิเสธการเจ็บป่วยของตน ในช่วง 3 เดือนต่อมาของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะยังคงมีความวิตกกังวล มีความอายเนื่องจากความพิการที่หลงเหลือ และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น⁶ โรบินสัน สตาร์ คูโบส และไพรัช⁷ ได้ศึกษาติดตามความผิดปกติด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 103 คน เป็นเวลาติดต่อกัน 2 ปี พบว่าในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร้อยละ 27 ของผู้ป่วยดังกล่าวจะมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยที่เหลือจะมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย โรบินสัน สตาร์ ลิปเชย์ ราวและไพรัช⁸ ยังรายงานว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้ยังคงมีภาวะซึมเศร้าอยู่นาน 7-8 เดือน และการศึกษาของไบเดอร์⁹ พบว่า ร้อยละ 26-60 ของผู้ป่วยโรคนี้มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวเกิดความพิการซ้ำซ้อน กลัวการถูกทอดทิ้ง รู้สึกผิดหวังในชีวิตเกรงว่าจะเป็นที่ยกย่องหรือเป็นภาระของครอบครัว สูญเสียความเป็นบุคคลและความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด ทนทานต่อความเครียดได้น้อย ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนให้ปฏิบัติตามแบบแผนของสังคม ประเพณีและ

วัฒนธรรมที่เคยเป็นอยู่ บางคนคิดว่าตัวตาย หรือทำร้าย ผู้อื่น พบว่า อาการซึมเศร้าจะน้อยลงเมื่อเข้าสู่ระยะ 3 -12 เดือน¹⁰ จากปัญหาของตัวผู้ป่วยเองส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้นได้ สำหรับในผู้ป่วยนั้นนอกจากจะมีความเครียดจากเหตุการณ์ทั่วไปในชีวิตเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปแล้วยังเครียดจากการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยด้วย ยิ่งความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งทำให้เกิดความเครียดสูง และเนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้โรคที่เกิดแล้วรุนแรงขึ้นได้จากการมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น หรือจากการมีเลือดออกในสมองมากขึ้น ปัญหาความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์จากโรคที่ก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยจะต้องมีการเผชิญความเครียด หากผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป¹¹

พฤติกรรมในการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียดซึ่งเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ซึ่งเป็นแหล่งของความเครียด โดยอาจจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โดยตรงหรือจัดการกับความรับรู้สภาวะของตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุลในตน ซึ่งแต่ละคนจะใช้การเผชิญปัญหาลักษณะส่วนจะใช้ลักษณะใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์แต่ละเรื่อง การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมจะทำให้ความเครียดหมดไปได้ บุคคลที่เผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียด และเกิดโรคจิตโรคประสาทในภายหลังได้ และยังก่อให้เกิดปัญหาในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอีกด้วย สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้น หากเลือกวิธีเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงของโรคมามากขึ้นตามมาได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษางานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเรื่องอุบัติการณ์การเกิดโรค

ปัจจัยเสี่ยง ปัญหาที่พบในผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแลมีเพียงการศึกษาของบอยันตัน เตอ เซพัลวีดาและแขง¹² ที่ศึกษาประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่มีความพิการ และได้รับการวินิจฉัยโรคมาแล้ว 3 ปี จำนวน 75 ราย พบว่า แหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด การเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้ประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดลดลงแต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะต่างๆ

จากการที่ผู้วิจัยทำงานระดับตำบลซึ่งมีโอกาสได้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างใกล้ชิด มองเห็นความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบกับสภาพของผู้ดูแล คอบครัว ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำงาน ทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ต้องการคนดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ท้อแท้และหมดกำลังใจในชีวิต จากการศึกษาค้นคว้าและประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะนั้นแตกต่างกัน ดังนั้นความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละระยะจึงน่าจะมีความแตกต่างกัน รวมทั้งการให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยในแต่ละระยะจึงควรมีความแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าอะไร คือสาเหตุที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายมีความแตกต่างกันในการเผชิญปัญหา (Coping Behaviors) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายที่จะต้องดูแลแบบองค์รวม คือ ดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ควบคู่กันไปด้วย

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เคยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมาในช่วงเดือนมกราคม – ตุลาคม 2565 ทั้งหมดจำนวน 139 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เคยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมาในช่วงเดือนมกราคม – ตุลาคม 2565 ที่ได้รับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) ติดต่อสื่อสารด้วยการพูดได้รู้เรื่อง
2) ไม่มีปัญหาในเรื่องการรับรู้ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) ตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป¹³

3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง ไม่รวมถึงการเกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเนื้องอก หรือการติดเชื้อ

ซึ่งวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การคัดเข้า รวมทั้งหมด 102 คน เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้ความน่าจะเป็นวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Ransom Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับ จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และคำถาม

ปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัวอื่นๆ และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้¹⁴ ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

9-12 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง

12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 28 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มากที่สุดเกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, มาก เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 4 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ปานกลาง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกและเชิงลบ ให้ 3 คะแนน, น้อยเกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 4 คะแนน, น้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 5 คะแนน การแปลความหมายระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range)²⁰ คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้นที่ต้องการ จึงได้ $(5 - 1)/3 = 1.33$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67 แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00 แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีลักษณะการ

วัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, มาก เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 4 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ปานกลาง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกและเชิงลบ ให้ 3 คะแนน, น้อย เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 4 คะแนน, น้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 5 คะแนน การแปลความหมายระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range)²⁰ คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้นที่ต้องการ จึงได้ $(5 - 1)/3 = 1.33$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คือ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย จริงที่สุดเกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 6 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, จริง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ค่อนข้างจริง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 4 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 3 คะแนน, ค่อนข้างไม่จริง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 3 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, ไม่จริง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 5 คะแนน, ไม่จริงเลย เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 6 คะแนน การแปลความหมายระดับความเชื่ออำนาจภายในตน โดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range)²⁰ คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้นที่ต้องการ จึงได้ $(6 - 1)/3 = 1.67$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.67 ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.68 - 4.35 ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.36 - 6.00 ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสารทางวิชาการ และศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ (Rating Scale) คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย เป็นประจำ เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน, บ่อยครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 4 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 2 คะแนน, บางครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกและเชิงลบ ให้ 3 คะแนน, นานๆครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 4 คะแนน, ไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้ 5 คะแนน การแปลความหมายระดับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยคิดคะแนนจากค่าพิสัย (Range)²⁰ คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้นที่ต้องการ จึงได้ $(5 - 1)/2 = 2.00$ โดยยุบขั้นของตัวแปรเป็น 2 ขั้น เพื่อให้ได้ตัวแปรที่เหมาะสมและมีความสามารถในการทำนายที่ดีขึ้น

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 3.0 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01 - 5.00 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 โดย

นำเอาแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการของครอนบาช (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98, 0.82, 0.76 และ 0.89 ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตน และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตุลาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนา แสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) นำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence interval: 95% CI)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 098 ณ วันที่ 1 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 โดยระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ ประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 58.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 51.0 โดยโรคร่วมมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ

โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.8 และโรคหัวใจ ร้อยละ 13.5 ตามลำดับ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่คือรับประทานยาอย่างเดียว ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือรับประทานยาร่วมกับทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน ร้อยละ 36.3

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุนั้น ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ 5-8 คะแนน คือ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ระดับ 9-12 คะแนน คือ ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับ 0-4 คะแนน คือ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ

3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.229) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในระดับมาก คือ ท่านได้รับความรัก และความเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.847) รองลงมาคือ เมื่อครอบครัวของท่านมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.841) และ บุคคลใกล้ชิดชื่นชมและให้กำลังใจท่าน เมื่อท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ได้ถูกต้อง ($\bar{X} = 3.69$, S.D. = 0.783) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ในระดับปานกลาง คือ บุคคลใกล้ชิดให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อประคับประคองในขณะที่ท่านรักษาอาการป่วย ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 1.007) รองลงมาคือ บุคคลใกล้ชิดให้การยกย่องและนับถือท่าน ($\bar{X} = 2.71$, S.D. = 1.040) และ บุคคลใกล้ชิดส่งเสริมให้ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่างๆ ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 1.125)

4. ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ผลการศึกษาปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.11$, S.D. = 0.377) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก คือ ท่านภูมิใจที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.610) รองลงมาคือ ท่านสามารถทำประโยชน์ให้ตนเอง ครอบครัว และสังคมได้ ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.904) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในระดับปานกลาง คือ ท่านยังสามารถหารายได้ให้กับครอบครัวได้ ($\bar{X} = 2.52$, S.D. = 1.012) รองลงมาคือ ท่านมีความเข้มแข็งในการต่อสู้กับปัญหาชีวิต ($\bar{X} = 2.54$, S.D. = 1.059) และสมาชิกในครอบครัวยอมรับในความสามารถของท่าน ($\bar{X} = 2.58$, S.D. = .784)

5. ปัจจัยด้านความเชื่ออำนาจภายในตน

ผลการศึกษาปัจจัยด้านความเชื่ออำนาจภายในตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.379) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก คือ เมื่อท่านป่วยการกระทำของท่านจะเป็นตัวกำหนดว่าท่านจะหายเร็วหรือช้า ($\bar{X} = 5.25$, S.D. = 0.604) รองลงมาคือ ท่านดูแลสุขภาพด้วยตัวท่านเอง ($\bar{X} = 5.06$, S.D. = 0.781) และ การที่ท่านมีสุขภาพไม่ดีแบบนี้ เป็นเพราะท่านโชคไม่ดี ($\bar{X} = 5.05$, S.D. = 1.047) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในระดับปานกลาง คือ ท่านสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เป็นโรคได้ ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.799) รองลงมาคือ การเจ็บป่วยในบางครั้งเป็นเพราะโชค เคราะห์ หรือความบังเอิญ ($\bar{X} = 2.97$, S.D. = 1.198) และ โชคชะตาเป็นตัวกำหนดว่า ท่านจะหายป่วยได้เร็วหรือช้า ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 1.018)

6. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$

= 3.34, S.D. = 0.264) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ที่มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับดี คือ ท่านให้กำลังใจตัวเอง ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.623) รองลงมาคือ ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.664) และ ท่านรู้สึกอารมณ์เย็น และสงบ ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = 0.596) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ที่มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับไม่ดี คือ ท่านรู้สึกท้อแท้ และหดหูใจ ($\bar{X} = 2.51$, S.D. = 1.060) รองลงมาคือ ชีวิตท่าน เกิดมาเพื่อชดใช้กรรม ($\bar{X} = 2.84$, S.D. = 1.060) และ ท่านบอกตนเองไม่ต้องวิตกกังวลทุกอย่างอาจจะดีขึ้น ($\bar{X} = 2.84$, S.D. = 0.754)

7. การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

การวิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัวอื่นๆ และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนประเภทของโรคร่วมอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.025) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 32.0 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วม มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคร่วม 3.1 เท่า (95% CI; 1.12-8.17) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัวอื่นๆ และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=102)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการเผชิญปัญหา				P-value	OR	95% CI for OR	
	ระดับไม่ดี		ระดับดี				Lower	Upper
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. เพศ					.182			
ชาย ^{Ref}	19	26.0	54	74.0				
หญิง	4	13.8	25	86.2		2.2	0.68	7.14
2. สถานภาพสมรส					.586			
โสด ^{Ref}	6	27.3	16	72.7				
สมรส	10	18.5	44	81.5		1.1	0.28	3.65
หม้าย/หย่า/แยก	7	26.9	19	73.1		1.7	0.52	5.28
3. ระดับการศึกษาสูงสุด					.374			
ไม่ได้ศึกษา ^{Ref}	7	30.4	16	69.6				
ประถมศึกษา	15	22.1	53	77.9		4.4	0.47	41.07
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	9.1	10	90.9		1.5	0.54	4.45
4. ลักษณะการอยู่อาศัย					.711			
อาศัยอยู่กับครอบครัว ^{Ref}	14	23.3	46	76.7				
อาศัยอยู่คนเดียว	3	15.8	16	84.2		1.6	0.41	6.39
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	6	26.1	17	73.9		0.9	0.29	2.61
5. ประเภทของโรคร่วมอื่นๆ					.025*			
ไม่มีโรคร่วม ^{Ref}	7	13.5	45	86.5				
มีโรคร่วม	16	32.0	34	68.0		3.1	1.12	8.17
6. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน					.767			
รับประทานยาอย่างเดียว ^{Ref}	13	22.8	44	77.2				
รับประทานยาร่วมกับทำ กายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล	1	12.5	7	87.5		2.1	0.23	18.38
รับประทานยาร่วมกับทำ กายภาพบำบัดเองที่บ้าน	9	24.3	28	75.7		0.9	0.35	2.43

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์หาข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่ออำนาจภายในตนที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.031) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 28.6 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

ที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก 3.9 เท่า (95% CI; 1.06-14.14)

ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.036) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มี

ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลางมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 31.9 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก 0.4 เท่า (95% CI; 0.14-0.96) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่ออำนาจภายในตน กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=102)

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการเผชิญปัญหา				P-value	OR	95% CI for OR	
	ระดับไม่ดี		ระดับดี				Lower	Upper
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน					.482			
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ^{Ref}	5	29.4	12	70.6				
ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	9	17.6	42	82.4		1.9	0.55	6.91
ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง	9	26.5	25	73.5		1.2	0.32	4.21
แรงสนับสนุนทางสังคม					.031*			
แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ^{Ref}	3	9.4	29	90.6				
แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง	20	28.6	50	71.4		3.9	1.06	14.14
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					.513			
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ^{Ref}	14	25.0	42	75.0				
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก	92	19.6	37	80.4		1.4	0.53	3.53
ความเชื่ออำนาจภายในตน					.036*			
ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก ^{Ref}	8	14.5	47	85.5		0.4	0.14	0.96
ความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง	15	31.9	32	68.1				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ในส่วนของประเภทของโรคร่วมอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value =

0.025) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 32.0 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วม มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคร่วม 3.1 เท่า (95% CI; 1.12-8.17) ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วมีโรคร่วมนั้น โอกาสที่จะมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี ซึ่งตามแนวคิดของลาซาร์สและโพล์คแมน¹¹ ความเครียดเกิดขึ้นจากการใช้สติปัญญาประเมินปัจจัยด้านบุคคล สถานการณ์เฉพาะหน้า รวมทั้งความสามารถในการเผชิญความเครียดของตน การที่บุคคลมีความเครียดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การประเมินสถานการณ์ว่ามีความสำคัญหรือมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ รวมทั้งโรคนี้ยังเป็นโรคเรื้อรังที่มีปัญหาสำคัญ คือ ทำให้เกิดความพิการขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความจำกัดในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยที่กลุ่มตัวอย่างยังมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งโรคที่พบนั้นยังเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดจากการป่วยเพิ่มมากขึ้น¹⁵

2. การวิเคราะห์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.031) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 28.6 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก 3.9 เท่า (95% CI; 1.06-14.14) สอดคล้องกับการศึกษาของนันท์นิ ศุภมงคล⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า นิสิตนักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมมีความรู้สึก ว่า ตนเองได้รับความช่วยเหลือตลอดเวลาแม้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตาม ทำให้เกิดความ รู้สึกอบอุ่น มั่นใจ เชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีปฏิกิริยาต่อสถานการณ์ที่มาคุกคามในทางลบน้อยลง รู้ถึงความสามารถของตนเอง รู้จักวิธีแก้ปัญหา ซึ่งมีผลให้นิสิตนักศึกษา มีศักยภาพในการเผชิญปัญหาโดยใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นและมีความสุข และสอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างพบว่า เวลาที่ประสบความเครียดหรือปัญหานั้น การได้พูดคุยระบายความอัดอั้นดังกล่าวยังจะช่วยบรรเทาความเครียดจากการเผชิญปัญหาได้ แต่การแก้ปัญหาจริงๆ จะอยู่ที่ตัวเองเป็นผู้ทบทวนและตัดสินใจ และการตัดสินใจนั้นก็นำความคิดเห็น คำแนะนำที่ได้รับมาคิดไตร่ตรอง กับความคิดของตนเองด้วยเช่นกัน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน ตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.036) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลางมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 31.9 เมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมาก 0.4 เท่า (95% CI; 0.14-0.96) สอดคล้องกับแนวคิดของบรูม¹⁷ ที่กล่าวถึงแรงจูงใจที่จะผลักดันภายในตัวบุคคลให้กระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายนั้น เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ของการรับรู้ถึงคุณค่าของผลสำเร็จและความคาดหวังในผลสำเร็จด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสิริอนุสรณ์ สุวิ¹⁸ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาแบบมีประสิทธิภาพของวัยรุ่น และสามารถพยากรณ์พฤติกรรมและการเผชิญ

ปัญหาแบบมีประสิทธิภาพได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกะ อภิญาภิบาล¹⁹ ที่พบว่า ความเชื่อในอำนาจภายในตนของนักศึกษา ส่งผลทางบวกต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคสอดคล้องกับการที่ได้สัมภาษณ์เชิงลึก ที่พบว่าเกี่ยวกับการเรียนของกลุ่มตัวอย่างที่พยายามสร้างแรงผลักดันภายในจิตใจให้พยายามตั้งใจเรียนให้ผลการเรียนในระดับที่ดี เพราะมีความคาดหวังในผลสำเร็จนั้นที่จะทำให้ตนเองประสบความสำเร็จในด้านการงานและด้านการศึกษาต่อ รวมทั้งสร้างคุณภาพภูมิให้แกครอบครัวของตนเองด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 นโยบายการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรมีการดำเนินการแบบองค์รวมและมีความครอบคลุม ปัจจุบันมีผู้สูงอายุเริ่มมีการป่วยโดยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก ควรเพิ่มบุคลากรด้านการดูแลด้านสุขภาพจิต ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง

1.2 นโยบายด้านการรณรงค์ป้องกันปัญหาโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุทั่วไป เพื่อให้เห็นถึงความรุนแรงทั้งทางด้านพยาธิสภาพของโรค ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว กับภาระที่ต้องดูแล ตลอดจนค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก

1.3 นโยบายด้านบุคลากรสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา โดยการเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อความต้องการในการเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ จากผลการศึกษานี้ ความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นตัวแปรที่ส่งต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สูงสุด ดังนั้นควรดำเนินการ ดังนี้

2.1 ควรมีการสร้าง ความเชื่ออำนาจภายในตน โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับนักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์

2.2 ควรมีการจัดสรรบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแลผู้ป่วยที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อร่วมสร้างสุขภาพกาย จิต สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่อครอบครัว และสังคม มีพลังความเชื่อมั่นตนเองที่จะเผชิญปัญหาได้อย่างเข้มแข็งต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนในการให้บริการด้านการแพทย์ เพื่อลดความเครียดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3.2 ควรมีการศึกษาหารูปแบบของการส่งเสริมพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. World Stroke Organization (WSO) Annual Report 2017. [internet]. 2022. [2022, November 2] from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2017_online.pdf
2. Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Settiani, C. A., Brodman, D. M., Edmunds, J. M., Cummings, C. M., & Kendall, P. C. (2011). History of cognitive-behavioral therapy in youth. Child Adolescent Psychiatric Clin N Am, 20(2), 179-189.
3. Abascal, J. V., Hernandez, Y. G., Mederos, L. E. A., & Caballero, Y. V. (2016). Modifiable risk factors in uncontrolled high blood pressure patients of Banjul, Gambia. Correo Scientific Medico, 20(3).
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564; 2559.

- 5.สมศักดิ์ เทียมเก่า. รักษาสมอง. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา; 2562.
- 6.Langton-Hewer, R. Psychosocial aspects of stroke rehabilitation. In F.C. Rose (Ed.), *Advances in stroke therapy*. (pp. 313-317). New York: Raven.1982.
- 7.Robinson, R.G., & Price, T.R. Post-stroke depressive disorders: A follow-up study of 103 patients. *Stroke*, 13 (5), 635-641. 1982.
- 8.Robinson, R.G., Kubos, K.L., Starr, L.B., Rao, K., & Price, T.R. Mood changes in stroke patients: Importance of location of lesion. *Brain*, 107, 81-93. 1984.
- 9.Binder, L.M. Emotional problems after stroke. *Stroke*, 15, 174-177. 1984.
- 10.Wade, D. T., Legh-Smith, J., & Hewer, R. L. Effects of living with and looking after survivors of a stroke. *British Medical Journal*, 193, 418-420. 1986.
- 11.Lazarus, R.S., & Folkman, S. *Stress appraisal and coping*. New York: Spring Publishing. 1984.
- 12.Sepulveda, Boynton, De ,L.I., and Chang B. "Effective coping with stroke disability in a community setting : The development of a causal model." *Lournal of Neuroscience Nursing* 26, 4 (April 1994) : 193-203.
- 13.กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. สารศิริราช, 45(6),359-374. 2536.
- 14.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. ระบบสวัสดิการและการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพญาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2 (1), หน้า 39 - 42. 2544.
- 15.Bronstein, K.S. Psychosocial component in stroke implication for adaptation. *Nursing Clinics of North America*, 26, 1007-1017. 1991.
- 16.นันทินี ศุภมงคล. ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษา . ม.ป.ท.:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557.
- 17.บุรียา แดงพันธ์ และ คณิต เขียววิชัย. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2558, 26(1), 27-38.
- 18.สิริอนัฐพร สุวี. ความสามารถในการพยากรณ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
- 19.สุภา อภิญาภิบาล. "Adversity Quotient." วารสารการวัดผลการศึกษา 2556, 82 : 13-25
- 20.วิรัตน์ ปานศิลา. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2544.

ลักษณะของผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ใน รพ.กาฬสินธุ์

Characteristic , outcome of heart failure hospitalization, mortality rate and factors associated with heart failure mortality in Kalasin Hospital, retrospective study.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

ชญานิศ ตระกูลทอง¹

Chayanis Trakulthong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและอัตราการเสียชีวิต ข้อมูลทางคลินิก การรักษา และผลลัพธ์การรักษา วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวฉับพลันของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์รวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวแล้วเสียชีวิตในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.2564 เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีการบันทึกในเวชระเบียนว่าเป็นโรคหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยมาเข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ข้อมูลลักษณะของผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ การให้การรักษา นำมาคิดวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตขณะรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว (univariable analysis) และ ควบคุมหลายตัวแปร (multivariable analysis)

ผลการวิจัย ลักษณะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับอาการเหนื่อย NYHA functional class , ระดับความเหนื่อยของภาวะหัวใจล้มเหลว (Killip classification) ภาวะโรคประจำตัวของผู้ป่วยคือเบาหวาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 5.89 เท่า และโรคเกาต์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 7.21 เท่า ปัจจัยกระตุ้นของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะไทรอยด์ทำงานผิดปกติ และคนไข้มีการใช้ยาลดการอักเสบแบบไม่ใช่ steroid (NSAIDS) ซึ่งมีความเสี่ยงอยู่ที่ 9.34 เท่า , 51.89 เท่า และ17.79 เท่า ตามลำดับ ในเคสที่รอดชีวิตมีการใช้ยาที่มีความสำคัญเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในเคสหัวใจล้มเหลวที่หัวใจบีบตัวน้อยกว่าร้อยละ 40 ในปริมาณน้อย โดยมีการจัดยาขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นยาขับปัสสาวะร้อยละ 86.4 ยามineolocorticoid antagonist ร้อยละ 37.4 ,ยา ACE inhibitor ร้อยละ 32 ยา betablocker ได้ร้อยละ 47.8 มีการให้คำปรึกษาดูแลโดยอายุรแพทย์หัวใจร้อยละ 21 ซึ่งเป็นปริมาณน้อยมากและยังไม่มีกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามการรักษาที่ชัดเจน

คำสำคัญ : หัวใจล้มเหลว การนอนโรงพยาบาล การเสียชีวิต

Abstract

This study was retrospective study aimed to evaluate heart failure hospitalized patients in Kalasin Hospital in year 2021 to evaluate characteristics, risk factors, precipitating factors, heart failure management, outcome and factors associated with in-hospital mortality. Include all the heart failure hospitalized patients from 1st January until 31st December 2021. The data was retrieved by medical records. Patients' characteristics, echocardiography, xrays, laboratories, heart failure managements were evaluated. Mortality and rehospitalization rate in 1 year were calculated. Factors associated with in-hospital mortality were calculated by univariate and multivariate analysis.

Results : Patients factors that associated with in-hospital mortality were functional class, Killip classification, diabetes mellitus adjusted OR 5.89 95%CI 2.05-16.94,p 0.001 , gout adjusted OR 7.21(95%CI 1.64-31.6) ,p 0.009 the precipitating factors of heart failure which increased risk of in-hospital mortality were thyroid abnormalities OR 9.34(1.01-86.7) p0.05, anemia OR 51.89 95%CI 11.14-241.77 p 0.000 and NSAIDS used OR17.79 95%CI 1.26-250.90

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

p0.033. In patients that were safely discharge, the rate of appropriated guideline-directed medical treatment according to Thai heart failure guideline were low.

Keywords: Heart failure , hospitalization, mortality

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอุบัติการณ์ในประเทศแถบอเมริกาและยุโรปที่ประมาณร้อยละ 1 ถึง 2 ของประชากร และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 4.3 เมื่ออายุระหว่าง 65.0-70.0 ปี และคาดการณ์ว่าจะปริมาณมากขึ้นจนถึงร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2573¹ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวก็เป็นโรคหนึ่งของประเทศไทยที่ใช้ทรัพยากรมากและเป็นปัญหาหลักของสาธารณสุข งานวิจัย Thai ADHERE Registry ในปี ค.ศ. 2010 พบว่าคนไทยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจล้มเหลวนั้นมีอายุน้อยกว่าประเทศอื่นๆ คือ อายุเฉลี่ย 64.0 ปี ต่างจากประเทศอเมริกาที่มีอายุเฉลี่ย 72.5 ปี และมีร้อยละการเสียชีวิตที่ 5.5 ซึ่งสูงกว่ารายงานของอเมริกาคือร้อยละ 3.8 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของโรคหัวใจล้มเหลว การดูแลรักษาและการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขที่ยังมีโอกาพัฒนา

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวของประเทศไทย ค.ศ. 2019² ใช้ข้อมูลทางอาการและอาการแสดงทางคลินิกซึ่งเป็นผลจากการทำงานหรือลักษณะของหัวใจผิดปกติทั้งการบีบตัว หรือลิ้นหัวใจ หรือการคลายตัวหัวใจ อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ออกแรงหรือออกกำลังกายได้น้อยลง นอนราบไม่ได้ (orthopnea) หายใจหอบเหนื่อยหลังนอนหลับ (PND) ความดันหลอดเลือดดำjugular ที่คอ (JVP) สูง พบเสียงหัวใจผิดปกติชนิด S3 gallop ตรวจพบ apical impulse ออกด้านข้าง (lateral shifted apical impulse) บวมตามแขนขา (extremity edema) การตรวจวินิจฉัยด้วยภาพเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย แยกโรคอื่น สืบหาสาเหตุที่แท้จริงของภาวะหัวใจล้มเหลว การตรวจการทำงานและความผิดปกติโครงสร้างของหัวใจ ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) การตรวจภาพหัวใจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (cardiac MRI) การตรวจประเมินการเปลี่ยนแปลงทาง

สรีรวิทยา วัดความดันในห้องหัวใจล่างซ้าย การตรวจเลือดพบระดับ natriuretic peptide (NP) สูงขึ้น

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบได้บ่อยและก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งคุณภาพชีวิต มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น คนไข้เมื่อเข้ารับการรักษาแล้วใน 1.0 ปี จะพบว่าต้องเข้ารับการรักษาซ้ำได้อีกสูงถึงร้อยละ 56.0⁴ และยังมีโอกาสการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25.0 ซึ่งถือว่าเป็นภาวะที่สำคัญและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมาก โดยภาวะหัวใจล้มเหลวฉับพลัน (acute heart failure) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถแยกเป็น หัวใจล้มเหลวฉับพลันที่เกิดขึ้นครั้งแรก (de novo) หรือหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่แยลง (decompensated chronic heart failure)⁵ ซึ่งปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวฉับพลัน ได้แก่ การติดเชื้อ การกินยาไม่สม่ำเสมอ การกินเค็ม ภาวะน้ำเกิน ภาวะชืดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ การได้รับยาที่ส่งผลทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ ได้แก่ NSAIDS , steroid , glitazones และโรคร่วมเช่นภาวะไตเรื้อรังต่ำหรือสูง การใช้สารเสพติดหรือเหล้า³ ซึ่งในแนวทางการรักษาโรคหัวใจของประเทศไทย⁶ ในปัจจุบันเน้นเรื่องการหาสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว การสืบค้นโรคร่วม การประเมินสารน้ำ การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และดูแลรักษาผู้ป่วยโดยอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการและแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อผลการรักษาที่ดีที่สุด ทั้งนี้โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลจังหวัดระดับตติยภูมิ รองรับประชากร 977,175 คน ยังไม่มีการศึกษารวบรวมข้อมูลทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และความชุกและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวดังที่กล่าวมาข้างต้น

ดังนั้นการศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และความชุกของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และผลการรักษา อัตราการเสียชีวิตเพื่อ

เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
ล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และเครือข่ายการ
บริการต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและอัตราการเสียชีวิต
ข้อมูลทางคลินิก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระตุ้นให้
เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวนับพันของผู้ป่วยเข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์รวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์
กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจ
ล้มเหลวแล้วเสียชีวิตในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.
2564

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง
retrospective study เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีการบันทึก
ในเวชระเบียนว่าเป็นโรคหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการ
รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยมาเข้ารับ
การรักษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่
31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จากการสืบค้นโดย ICD-10
โดยมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้แก่ ตัวแปรต้น ได้แก่
ปัจจัยส่วนบุคคลของคนที่ไข้ ได้แก่ เพศ อายุ โรค
ประจำตัว ลักษณะการบีบตัวของหัวใจ สภาพ
functional class ของคนที่ไข้ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิด
ภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การติดเชื้อ การกินเค็ม
การกินยาไม่สม่ำเสมอ ภาวะซีด ภาวะเส้นเลือดหัวใจ
ตีบฉับพลัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ การได้รับยาที่ทำให้
หัวใจล้มเหลวแย่ง โรคร่วมต่างๆได้แก่ เบาหวาน
ความดันสูง เส้นเลือดสมอง หัวใจล้มเหลว มะเร็ง โรค
ปอด ไทรอยด์ การใช้สารเสพติด ผลเลือดของคนไข้
ปัจจัยทางการรักษาได้แก่ ยาจำเป็นที่ใช้ในการดูแล
ภาวะหัวใจล้มเหลว ยาขับปัสสาวะ ระบบการปรึกษา
การดูแลหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในปี
พ.ศ.2564

ตัวแปรตาม ได้แก่ การเข้ารับรักษาใน
โรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิต
จากด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ในปี พ.ศ.2564

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)
ใช้ในการอธิบายลักษณะประชากร ได้แก่ ตัวแปรเชิง
คุณภาพ เช่น เพศ เป็นข้อมูลแจกแจงนับ นำเสนอเป็น
ความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ
เป็นข้อมูลต่อเนื่อง นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ถ้า
ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอด้วย
ค่ามัธยฐาน ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25-ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์
75

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)
วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วน
บุคคลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้ารับการรักษา
แล้วรอดชีวิต เทียบกับกลุ่มที่เข้ารับการรักษาแล้ว
เสียชีวิตโดยใช้ การทดสอบไคสแควร์ (chi-squared
test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact
test) ตามความเหมาะสม การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง
การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิต
เนื่องจากหัวใจล้มเหลว ใช้การวิเคราะห์ แบบพหุตัว
แปร (multivariable analysis) ด้วยการวิเคราะห์
ความถดถอยพหุโลจิสติก (multivariable
conditional logistic regression analysis) โดย
พิจารณาตัวแปรที่เป็น ปัจจัยเสี่ยงของการเข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจล้มเหลวแล้ว
เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)
จาก การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว
(univariable analysis) เข้ามาวิเคราะห์ในการ
วิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (multivariable
analysis) นำเสนอด้วยค่า Odds ratio ค่าช่วงความ
เชื่อมั่น 95% (95% Confidence interval) ที่ระดับ
นัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

จากข้อมูลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในช่วงเดือนมกราคม 2564
ถึงธันวาคม 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 335 รายเข้ารับ
การรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะของผู้ป่วย
แสดงในตารางที่ 1 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 55.6 ปี เป็นเพศ

ชายร้อยละ 75.5 สาเหตุของโรคหัวใจล้มเหลวที่พบมากที่สุด คือโรคกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (dilated cardiomyopathy) ร้อยละ 41.2 โรคประจำตัวที่พบมาก คือเคยโรคหัวใจล้มเหลวมาก่อน (ร้อยละ 49.9) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (ร้อยละ 47.5) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 45.4) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวมากกว่า 3 ชนิดร้อยละ 42.1 ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นหัวใจล้มเหลวแย่งระดับบันแบมมีปัจจัยกระตุ้นคิดเป็นร้อยละ 63.6 ปัจจัยกระตุ้นที่พบมากคือการติดเชื้อ(ร้อยละ 39.1) การใช้ยาบ้า(ร้อยละ 22.4) และภาวะไตวายระดับบัน (ร้อยละ 17.9) ผู้ป่วยมีระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลค่ากลาง 4 วัน (ต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 70 วัน IQR 2 , 8 วัน)

ผู้ป่วยมีอาการแสดงมาด้วยอาการหายใจไม่สะดวก(ร้อยละ 85.7) อาการแน่นหน้าอก(ร้อยละ 37.3) และตัวบวมขาบวม(ร้อยละ 24.5) ผู้ป่วยมีระดับอาการเหนื่อย NYHA functional class III ร้อยละ 47.5 และระดับ IV คือมีอาการหัวใจล้มเหลวขณะพักร้อยละ 26.3 ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ 316 รายคิดเป็นร้อยละ 94 ค่าการบีบตัวหัวใจห้องล่างเฉลี่ย $31 \pm 13\%$ ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มหัวใจล่างซ้ายบีบตัวน้อยกว่าร้อยละ 40 จำนวน 241 รายคิดเป็นร้อยละ 76.3 ภาพถ่ายรังสีทรวงอกแสดงลักษณะหัวใจโตร้อยละ 99.7 ผลตรวจและอาการแสดงเบื้องต้นรวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงในตารางที่ 2 ผู้ป่วย 332 รายคิดเป็นร้อยละ 99.1 เข้ารักษาที่หอผู้ป่วยแรกรับในการรักษา คือ ตึกสามัญ และมีการใช้เตียงหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 14.3 หัตถการและการรักษาที่ทำมากที่สุด คือการให้ non-invasive oxygen ร้อยละ 86.1 รองลงมา คือการใส่เครื่องช่วยหายใจทางท่อหลอดลมเป็นร้อยละ 45.5

ในปี 2564 มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต 76 ราย คิดเป็นอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลใน 1 ปี เป็นร้อยละ 22.6 ผู้ป่วยได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 1 ปีจำนวน 86 ราย คิดเป็นอัตราการ

เข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำในเวลา 1 ปี เป็นร้อยละ 25.6 และอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 1 เดือนเป็นร้อยละ 25.7

ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่เสียชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มที่เข้ารับการรักษแล้วรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีโรคประจำตัวเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ การมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) ภาวะไตเสื่อม ภาวะหยุดหายใจตอนนอนหลับ (obstructive sleep apnea) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (dilated cardiomyopathy) การเคยได้รับการทำหัตถการเส้นเลือดหัวใจ โรคเก๊าท์ และพบหากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวมากกว่า 3 ชนิดเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตมากกว่า ในกลุ่มเสียชีวิตมีความดันตัวบน(systolic blood pressure) ต่ำกว่ากลุ่มไม่เสียชีวิต การตรวจทางคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจพบกลุ่มเสียชีวิตมีระดับแรงดันหัวใจห้องขวาล่าง(RVSP)และขนาดของเส้นเลือดดำใหญ่อินฟีเรียรเวนาคาวาสสูงกว่ากลุ่มไม่เสียชีวิต ภาพถ่ายรังสีช่องอกพบมีเส้นเลือดดำในปอดขยายตัวมากกว่า ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของกลุ่มเสียชีวิต คือ มีค่าไตทั้ง BUN และ creatinine มากกว่า , เอนไซม์หัวใจ troponinT มีค่าสูงกว่า และค่าไตสุดท้ายก่อนออกจากโรงพยาบาลมีค่าการทำงานของไตต่ำกว่า

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้ารับการรักษแล้วรอดชีวิต เทียบกับกลุ่มที่เข้ารับการรักษแล้วเสียชีวิตแบบมีตัวแปรเดียว (univariable analysis) พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ระดับอาการเหนื่อย NYHA functional class (OR = 12.72, 95% CI 7.1-22.75, $p < 0.001$) ภาวะของผู้ป่วยขณะแรกรับโรงพยาบาลมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (post cardiac arrest) (OR 34.66 95%CI 4.32 - 278.35 , $p < 0.001$) ระดับความเหนื่อยของภาวะหัวใจล้มเหลว (Killip classification) (OR 22.25 95%CI 11.00 - 45.01, $p < 0.001$) และ การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือนด้วยภาวะ

หัวใจล้มเหลว (OR 0.42 95%CI 0.21 - 0.83 p 0.01) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวฉับพลันคือ การติดเชื้อ (OR 5.80 95%CI 3.30 - 10.19, p < 0.001) ภาวะไตรอยด์ทำงานผิดปกติ (OR 6.01 95%CI 1.40 - 25.75 p=0.02) ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว atrial fibrillation (OR 2.82 95%CI 1.42 - 5.59, p<0.001) การมีหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation (OR 7.31 95%CI 1.78 - 29.99 p=0.01) เมื่อคิดเป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะทั้งหมดมีความเสี่ยงกระตุ้นการเกินหัวใจล้มเหลวฉับพลันเป็นความเสี่ยงสูงขึ้น OR 2.53 95%CI 1.40 - 4.56 p0.002) การมีภาวะโลหิตจาง (OR 10.61 95%CI 4.61 - 24.41 ,p<0.001) และการใช้ยาแก้ปวดอักเสบแบบไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDS) (OR 3.58 95%CI 1.01 - 12.70 p 0.05) เป็นปัจจัยกระตุ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในโรงพยาบาลได้แก่ ความดันของผู้ป่วยระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผลตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจพบมีค่าความดันหัวใจห้องขวาล่าง RVSP (right ventricular systolic pressure) สูง และขนาดความแตกต่างของเส้นเลือดอินฟีเรียร์ เวนาคาว่าสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่าไตคือ BUN แกรับ และค่าการทำงานของไต creatinine ก่อนให้ผู้ผู้ป่วยกลับบ้านมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การเข้ารักษาแกรับที่หอผู้ป่วยสามัญมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูง (OR 5.60 95%CI 2.94 - 10.67 , p<0.001)

หัตถการที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายสวนเข้าเส้นเลือดดำใหญ่ การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การได้รับส่วนประกอบของเลือด การได้รับการนวดหน้าอกกู้ชีพ (cardiopulmonary resuscitation) การได้รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและการได้รับการกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ

ยาของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ได้รับก่อนการรักษาพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตและเสียชีวิต ยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาลชนิดยารับประทานที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยาในกลุ่ม mineralocorticoid antagonist ยา กลุ่ม ACE inhibitor ยา กลุ่ม betablocker ยาไขมัน ส่วนยา Cardura และการไม่ได้รับยารักษาภาวะหัวใจโตโตขณะเข้ารักษาในโรงพยาบาลสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะรักษาในโรงพยาบาลชนิดฉีดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่รอดชีวิตและเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยาฉีด dobutamine ยากระตุ้นความดัน adrenaline ยา norepinephrine ยาลดความดันโลหิต nicardipine และยาควบคุมการเต้นของหัวใจ amiodarone

เมื่อทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ชนิดหลายตัวแปร (multivariable analysis) พบว่า ลักษณะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับอาการเหนื่อย NYHA functional class , ระดับความเหนื่อยของภาวะหัวใจล้มเหลว (Killip classification) ภาวะโรคประจำตัวของผู้ป่วยคือเบาหวาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 5.89 เท่า และโรคเก๊าท์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 7.21 เท่า ปัจจัยกระตุ้นของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะไตรอยด์ทำงานผิดปกติ และคนไข้มีการใช้ยาลดการอักเสบแบบไม่ใช้ steroid (NSAIDS) ซึ่งมีความเสี่ยงอยู่ที่ 9.34 เท่า , 51.89 เท่า และ 17.79 เท่า ตามลำดับ ผลตรวจของ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ภาพฉายรังสีทรวงอกมีลักษณะเส้นเลือดดำในปอดขยายตัวและพุ่งขึ้น (pulmonary venous congestion and cephalization) และค่า blood urea nitrogen

เมื่อทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ชนิดหลายตัวแปรวิเคราะห์เรื่องหัตถการที่สัมพันธ์ต่อการเข้ารับ

การรักษาแล้วชีวิต ได้แก่ การใช้ท่อช่วยหายใจทางหลอดลมคอ การใส่สายสวนเส้นเลือดดำใหญ่ การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การได้รับเลือดและองค์ประกอบของเลือด การได้รับการนวดหน้าอกกู้ชีพ

ยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อทำการวิเคราะห์หลายตัวแปรพบว่า การไม่ได้รับยาเกินโดสในโรงพยาบาลเพิ่มความเสี่ยงกับการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากถึง 5.3 เท่า (adjusted OR 5.37 95%CI 2.13 - 13.48 $p < 0.001$) ส่วนยาชนิดที่ได้รับในโรงพยาบาลที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตสูงถึง 28 เท่า คือยา กระตุ้นความดัน norepinephrine (adjusted OR 28.25 (95% CI 9.49 - 84.12) $p < 0.001$) ยากระตุ้นความดันและหัวใจ adrenaline มีความสัมพันธ์สูงถึง 14.77 เท่า (95%CI 5.85 - 37.28) $p < 0.001$

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระอดชีวิต ยาที่ผู้ป่วยได้รับดังแสดงในตารางที่ 7 พบว่า ยาที่ผู้ป่วยได้รับสูงที่สุดคือร้อยละ 83.8 คือยาขับปัสสาวะ รองลงมาคือ ยากลุ่ม betablocker (ร้อยละ 48.2) ยา aspirin (ร้อยละ 45.5 และยาไขมันร้อยละ 45.5 ส่วนยากลุ่มที่จำเป็นต่อการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวแบบหัวใจห้องซ้ายบีบตัวน้อย มีการให้ยา ยา mineralocorticoid antagonist ร้อยละ 37.4 และยา ACE inhibitor เพียงร้อยละ 32 เท่านั้น

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกของเรื่องการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจังหวัดมีอายุรแพทย์เฉพาะทางหัวใจและหลอดเลือด 1 คน ข้อมูลเรื่องของลักษณะผู้ป่วย อาการแสดง สาเหตุ ปัจจัยกระตุ้น โรคประจำตัว และการใช้ยาในการรักษารวมทั้งผลลัพธ์ของการรักษา

ลักษณะของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูล ADHERE registry² ที่เป็น Thai Heart failure Registry ในปี ค.ศ. 2010 พบว่า อายุเฉลี่ยผู้ป่วยที่ 55 ปี ต่ำกว่าอายุเฉลี่ยในของไทยคือ 64 ปี แสดงให้

เห็นว่า ผู้ป่วยในกาฬสินธุ์มีอายุน้อยกว่าข้อมูลประเทศไทย และอายุต่ำกว่าข้อมูลของ INTER-CHF cohort study⁷ ในปี ค.ศ. 2017 คืออายุเฉลี่ย 57 ปี ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สัดส่วนผู้ป่วยในกาฬสินธุ์เป็นเพศชายร้อยละ 75.5 ซึ่งเยาะกว่าข้อมูลในไทย คือเป็นเพศชายร้อยละ 49.6 ผู้ป่วยของเรามีการใช้บุนนาค ร้อยละ 48.4 สูงกว่าข้อมูลในไทย (คือร้อยละ 42.8) และสูงกว่าข้อมูลในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (คือร้อยละ 6) มีงานวิจัย Jackson Heart Study⁽⁸⁾ ว่าการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจล้มเหลว 2.82 เท่าและสัมพันธ์กับค่า BNP ที่สูงกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ และสัมพันธ์กับการบีบตัวหัวใจห้องซ้าย LV systolic function เฉลี่ย ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ นี่อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยในกาฬสินธุ์มีอายุน้อยกว่าข้อมูลประชากรทั่วไป

โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่สำคัญ 3 อันดับแรก คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง ภาวะหัวใจล้มเหลวมาก่อน โรคความดันโลหิตสูง เป็นข้อมูลคล้ายคลึงกับข้อมูลใน ADHERE study² ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวในกาฬสินธุ์มีสาเหตุมาจาก กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอร้อยละ 41.2 , ยาบ้าทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอร้อยละ 18.2 , เหล้าทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอร้อยละ 14.9 , เส้นเลือดหัวใจตีบเรื้อรังร้อยละ 8.4 และเส้นเลือดหัวใจตีบฉับพลันร้อยละ 3.9 ซึ่งแตกต่างจากข้อมูล ADHERE study ที่พบว่าสาเหตุโรคหัวใจล้มเหลวเป็นจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบร้อยละ 46.2 โรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ร้อยละ 18.7 โรคความกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง ร้อยละ 14.1 โดยยังไม่มีรายงานข้อมูลการใช้ยาเสพติดในรายงาน ADHERE และ INTER-CHF cohort study ข้อมูลที่แตกต่างกันคือผู้ป่วยกาฬสินธุ์มีการใช้ยาบ้า และเครื่องต้มแอลกอฮอล์ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงได้ตามบทความบททวนของ Reddy และคณะ⁹ ที่เรียบเรียงว่ากลไกการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงและภาวะหัวใจล้มเหลวจากยาบ้าเกิดจากทั้งการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ทำให้เส้นเลือดเกิดการหดเกร็งและหัวใจเต้นเร็ว รวมทั้ง เกิดภาวะพิษต่อ

หัวใจโดยตรงจากยาบ้า ปัจจัยกระตุ้นที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวฉับพลันในกาฬสินธุ์คือ การติดเชื้อร้อยละ 39.1 ยาบ้าร้อยละ 22.4 หัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 19.1 ภาวะไตวายฉับพลันร้อยละ 17.9 ภาวะเลือดจางร้อยละ 9 และการใช้ยา NSAIDS ร้อยละ 3 โดยปัจจัยกระตุ้นเรื่องการติดเชื้อพบได้เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งเช่นเดียวกับงานเก็บข้อมูลโรคหัวใจล้มเหลวที่โปรตุเกสตาม The PRECIC Study¹⁰ พบว่ามีการติดเชื้อเป็นปัจจัยกระตุ้นร้อยละ 39.4 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 16.1 ภาวะเลือดจาง ร้อยละ 4.9 ข้อมูลของกาฬสินธุ์ยังมีความปัจจัยกระตุ้นใกล้เคียงกับข้อมูลจากสเปนโดย Jose Maria Verdu-Rotellar และคณะ¹¹ ที่พบว่าการใช้ NSAIDS เป็นปัจจัยกระตุ้นร้อยละ 12.4 และมีการทบทวนวรรณกรรมพบความสัมพันธ์ของ NSAIDS กระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวโดย Raffaele Rotunno¹² ส่วนเรื่องไตวายฉับพลันที่เป็นปัจจัยกระตุ้นนั้นพบว่าหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายฉับพลันมีความสัมพันธ์กันและมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย Mattia Arrigo และคณะได้ทบทวนวรรณกรรมใน Nature review¹³ พบว่า สาเหตุที่มีผลต่อการไตวายในหัวใจล้มเหลวได้แก่ การลดลงของเลือดไปเลี้ยงไต การได้รับยา การมีภาวะการอักเสบ การเพิ่มขึ้นของความดันในช่องท้อง และจากการเก็บข้อมูลตามสภาวะการณ์จริงโดย Jose Luis Holgado ปี 2020¹⁴ พบว่าภาวะไตวายฉับพลันยังสัมพันธ์กับพยากรณ์โรคของภาวะหัวใจล้มเหลวที่แย่งอีกด้วย

ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยมีการเข้ารับการรักษาพยาบาลซ้ำใน 1 เดือน ร้อยละ 25.7 และมีการเสียชีวิตใน 1 ปี ร้อยละ 22.6 ซึ่งสูงกว่า INTER-CHF cohort study⁷ ที่อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 15 ในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และ การเสียชีวิต สูงกว่า Thai ADHERE registry^{2,4} ที่อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.4 จากข้อมูลพบว่า ลักษณะของผู้ป่วยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวแล้วเสียชีวิต ไม่ต่างกับข้อมูลของ Thai ADHERE ซึ่งได้แก่ ระดับอาการเหนื่อย NYHA functional class , ระดับความเหนื่อยของภาวะ

หัวใจล้มเหลว (Killip classification) สิ่งที่แตกต่างกันคือโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้นใน Thai ADHERE คือ โรคเส้นเลือดสมอง แต่ของกาฬสินธุ์จะเป็นโรคเบาหวานและโรคเก๊าท์ ในเรื่องของเบาหวานและภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น งานทบทวนวรรณกรรมหลายงานเช่นของ Giuseppe MC Rosano¹⁵ พบความสัมพันธ์ระหว่างเบาหวานและการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว การรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น การกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในเรื่องหัวใจล้มเหลวและเพิ่มการเสียชีวิตงานวิจัย analysis of ACCORD trial ปี ค.ศ. 2010 และ 2020^{16,17} พบว่า การที่เบาหวานน้ำตาลขึ้นลงผันผวน มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงการเสียชีวิต hazard ratio [HR] for >10% decrease 1.32 [95% CI 1.08–1.75] and for >10% increase 1.55 [1.19–2.04] ส่วนในเรื่องโรคเก๊าท์ในข้อมูลประชากรของไต้หวันโดย Hsin-Hung Chen¹⁸ และคณะพบว่าอุบัติการณ์เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น 1.96 เท่าในกลุ่มผู้ป่วยเก๊าท์ (7.11 vs. 3.63 per 10,000 person-years). ในงานของไต้หวันนั้นผู้ป่วยเก๊าท์จะมีการใช้ยาสตีรอยด์และ NSAIDS สูงกว่าคนไม่เป็นเก๊าท์และสำหรับเรื่องความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากข้อมูลการสำรวจ National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2001–2018¹⁹ ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะยูริกในเลือดสูงหรือเก๊าท์สัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงถึง 2.46 และ 2.35 เท่าที่จะมีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.37 และ 1.45 เท่า เทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะดังกล่าว ข้อมูลในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จะทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมเบาหวานและควบคุมภาวะเก๊าท์มากขึ้น

หัตถการการใช้ท่อช่วยหายใจทางหลอดลมคอ การใส่สายสวนเส้นเลือดดำใหญ่ การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การได้รับเลือดและองค์ประกอบของเลือด การได้รับการนวดหน้าอกกึ่งชีพ มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงการเข้ารับการรักษาแล้วเสียชีวิตใน

โรงพยาบาล ข้อมูลไม่มีความแตกต่างกับ Thai ADHERE registry²

ผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจล้มเหลวในปี 2564 มีการใช้หอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 14.3 โดยหอผู้ป่วยสามัญเป็นหอผู้ป่วยแรกรับและมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในโรงพยาบาล OR 5.60 95%CI 2.94 - 10.67 , $p < 0.001$ สอดคล้องกับข้อมูล cohort จากนอร์เวย์²⁰ที่พบว่า การเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยสามัญที่มีผู้ป่วยแออัดมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงและเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว [hazard ratio (HR) 1.08, 95% CI 1.03 to 1.15] การที่ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นก่อนเข้ารับการรักษา การมีค่า blood urea nitrogen สูงเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิต เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยพยากรณ์โอกาสการเสียชีวิตขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในงานวิจัยหาปัจจัยพยากรณ์โดยคณะวิจัยสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2024²¹

ผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจล้มเหลวในปี 2564 มีการให้คำปรึกษาดูแลโดยอายุรแพทย์หัวใจร้อยละ 21 ซึ่งเป็นปริมาณน้อยมากและยังไม่มีการวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยและการติดตามการรักษาที่ชัดเจน ในผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจล้มเหลวในปี 2564 มีการใช้ยาที่มีความสำคัญเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในเคสหัวใจล้มเหลวที่หัวใจบีบตัวน้อยกว่าร้อยละ 40 ในเคสที่รอดชีวิตปริมาณน้อย โดยยาขับปัสสาวะ ได้ร้อยละ 86.4 ยา mineralocorticoid antagonist ได้ร้อยละ 37.4 ยา ACE inhibitor ได้ร้อยละ 32 ยา betablocker ได้ร้อยละ 47.8 ซึ่งเป็นข้อมูลใกล้เคียงกับปี ค.ศ. 2010 และถือว่าการใช้ยาที่จำเป็นต่อโรคหัวใจล้มเหลวได้ต่ำกว่ามาตรฐาน จากแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย ค.ศ. 2019 ที่แนะนำให้ใช้ยา ACE inhibitor , betablocker , mineralocorticoid antagonist เป็นยาหลักเพื่อใช้ในการลดอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากอายุรแพทย์หัวใจไม่เพียงพอและแพทย์เวชปฏิบัติสามารถให้การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวทางเวชปฏิบัติได้ ควรส่งเสริมความรู้และกระตุ้นให้เกิดการใช้และปรับยาตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามการรักษาก็มีความสำคัญ²²ควรมีแนวทางพัฒนาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation [Internet]. 2022 May 3 [cited 2023 Feb 24];145(18). Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001063>
2. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O, et al. Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). Glob Heart. 2010 Sep 1;5(3):89.
3. Ariyachaipanich A, Krittayaphong R, Ayudhya R, Yingchoncharoen T, Buakhamsri A, Suvachittanont N. Heart failure council of Thailand (HFCT) 2019 heart failure guideline: Introduction and diagnosis. J Med Assoc Thai. 2019 Feb 1;102.
4. Moleerergpoom W, Hengrussamee K, Piyayotai D, Jintapakorn W, Sukhum P, Kunjara-Na-Ayudhya R, et al. Predictors of In-Hospital Mortality in Acute Decompensated Heart Failure (Thai ADHERE). 2013;96(2).
5. Lam CSP. Heart failure in Southeast Asia: facts and numbers. ESC Heart Fail. 2015 Jun;2(2):46–9.
6. 2022 HFCT Focused Update of the 2019 HFCT Heart Failure Guidelines: Part 1 - Heart Failure Classification and Pharmacological Treatment for Heart Failure with Reduced Ejection Fraction (HFrEF). J Med Assoc Thai. 2022 Nov 15;105(11):1153–9.

7. Dokainish H, Teo K, Zhu J, Roy A, AlHabib KF, ElSayed A, et al. Global mortality variations in patients with heart failure: results from the International Congestive Heart Failure (INTER-CHF) prospective cohort study. *Lancet Glob Health*. 2017 Jul;5(7):e665–72.
8. Kamimura D, Cain LR, Mentz RJ, White WB, Blaha MJ, DeFilippis AP, et al. Cigarette Smoking and Incident Heart Failure: Insights From the Jackson Heart Study. *Circulation*. 2018 Jun 12;137(24):2572–82.
9. Reddy PKV, Ng TMH, Oh EE, Moody G, Elkayam U. Clinical Characteristics and Management of Methamphetamine-Associated Cardiomyopathy: State-of-the-Art Review. *J Am Heart Assoc*. 2020 Jun 2;9(11):e016704.
10. Marques I, Abreu S, Bertão MV, Ferreira B, Ramos RL, Lopes J, et al. Characteristics and outcomes of heart failure hospitalization before implementation of a heart failure clinic: The PRECIC study. *Rev Port Cardiol*. 2017 Jun;36(6):431–8.
11. Verdu-Rotellar JM, Vaillant-Roussel H, Abellana R, Jevsek LG, Assenova R, Lazic DK, et al. Precipitating factors of heart failure decompensation, short-term morbidity and mortality in patients attended in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2020 Oct 1;38(4):473–80.
12. Rotunno R, Oppo I, Saetta G, Aveta P, Bruno S. NSAIDs and heart failure: A dangerous relationship. *Monaldi Arch Chest Dis*.
13. Arrigo M, Jessup M, Mullens W, Reza N, Shah AM, Sliwa K, et al. Acute heart failure. *Nat Rev Dis Primer*. 2020 Mar 5;6(1):16.
14. Holgado JL, Lopez C, Fernandez A, Sauri I, Uso R, Trillo JL, et al. Acute kidney injury in heart failure: a population study. *ESC Heart Fail*.
15. Rosano GM, Vitale C, Seferovic P. Heart Failure in Patients with Diabetes Mellitus. *Card Fail Rev*.
16. Pop-Busui R, Evans GW, Gerstein HC, Fonseca V, Fleg JL, Hoogwerf BJ, et al. Effects of Cardiac Autonomic Dysfunction on Mortality Risk in the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) Trial. *DIABETES CARE*. 2010;33(7).
17. Triposkiadis F, Xanthopoulos A, Bargiota A, Kitai T, Katsiki N, Farmakis D, et al. Diabetes Mellitus and Heart Failure. 2021;
18. Chen HH, Hsieh MC, Ho CW, Chen CC, Hsu SP, Chang SS, et al. Increased the risk of heart failure and comorbidities in patients with gout treatment: a population-based cohort study. *Ann Transl Med*. 2020;8(7).
19. Han Y. Hyperuricemia and gout increased the risk of long-term mortality in patients with heart failure: insights from the National Health and Nutrition Examination Survey. 2023;
20. Asheim A, Nilsen SM, Aam S, Anthun KS, Carlsen F, Janszky I, et al. High ward occupancy, bedspacing, and 60 day mortality for patients with myocardial infarction, stroke, and heart failure. *ESC Heart Fail*.
21. Prediction of In-Hospital Mortality for ICU Patients with Heart Failure.
22. Ruthirago D, Wongpraparut N, Rn SN, Nimmannit A, Udompunturak S, Pongakasira R. Checklist for Heart Failure Treatments Improves Adherence to Guideline-Directed Treatment and Outcomes in Patients with Chronic Heart Failure with Reduced Ejection Fraction. *J Med Assoc Thai*. 2017;100(9).

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pregnant Women with Preterm Labor : 2 case studies

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

สุจิตรา สมวงษา¹Suchittra Somwongsa¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน และการวางแผนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี G2P1-0-0-1 ANC ที่โรงพยาบาลช้างสูงฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 10⁺3 สัปดาห์ LAB I Hct. 28 % ได้ยา Folic acid ไปรับประทานวันละ 1 เม็ด ติดตามผลเลือด LAB II Hct เพิ่มขึ้นเป็น 35 % มาฝากครรภ์ตามนัด เมื่ออายุครรภ์ 33⁺5 สัปดาห์ เจ็บครรภ์คลอด ได้รับการยับยั้งการหดตัวของมดลูก สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จและตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ถึง 39 สัปดาห์ รายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 28 ปี G1P0-0-0-0 ANC ที่คลินิกฝากครรภ์ ครั้งแรกอายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ฝากครรภ์ตามนัด เมื่ออายุครรภ์ 33⁺3 สัปดาห์เจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดิน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ เนื่องจากมีการเปิดขยายของปากมดลูกและมีน้ำเดิน คลอดปกติทางช่องคลอด น้ำหนักทารก 2,120 กรัม APGAR Score =9-8-8 ทารกมีภาวะหายใจหอบลึก แพทย์จึงได้ส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การพยาบาล

Abstract

This study was case study with the objective of providing nursing guidelines for 2 pregnant women with premature labor who received services at the delivery room of Sam Sung Hospital, Khon Kaen Province. The study compared 2 pregnant women with premature labor by applying the Gordon 11 Health Models concept and nursing care planning according to Orem's framework.

The results of the study found that Case 1, a 32-year-old pregnant woman, G2P1-0-0-1, ANC at Sam Sung Hospital, first antenatal care at 10+3 weeks of pregnancy, LAB I Hct. 28%, received Folic acid to eat 1 tablet per day, followed up with blood test results, LAB II Hct increased to 35%, attended the antenatal care appointment at 33+5 weeks of pregnancy, labor pain, received uterine contraction inhibition, successfully inhibited labor pain and continued pregnancy until 39 weeks of pregnancy. Case 2, a 28-year-old pregnant woman, G1P0-0-0-0, ANC at the antenatal clinic, first antenatal care at 11 weeks of pregnancy, attended the antenatal care appointment at 33+3 weeks of pregnancy, labor pain and water broke 4 hours before coming to the hospital, could not successfully inhibit labor because the cervix was dilated and water broke. Normal delivery via vagina, infant weight 2,120 grams, APGAR Score = 9-8-8, infant with deep breathing. The doctor then referred the baby to a tertiary hospital in the province for treatment.

Keywords: Premature labor, Nursing

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับต้นๆของงานอนามัยแม่และเด็ก ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยพบถึงร้อยละ 12.5 ในปีงบประมาณ 2567¹ ตามสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยปีละ 15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5-18 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด² สาเหตุหลักของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 50-80 คือ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด และครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจของครอบครัว ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อาจได้รับผลข้างเคียงจากการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก กระวนกระวาย ผลกระทบต่อทารกคือภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัญหาระบบทางเดินหายใจ เช่น Respiratory distress syndrome (RDS, HMD) ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Patent ductus arteriosus (PDA) ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น Necrotizing enterocolitis (NEC) รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม³ ส่งผลให้เกิดการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว เช่น สมรรถภาพการหายใจ หรือ ความสามารถในการมองเห็นที่ผิดปกติจากการได้รับออกซิเจนเป็นเวลานาน นอกจากปัญหาที่พบทางด้านร่างกายแล้ว ปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกและในครอบครัวเป็นระยะเวลายาวนาน และในแต่ละปีรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 175,000 บาทต่อราย³

อุบัติการณ์ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดระดับประเทศไทย ในระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.42 ตามลำดับ⁴ เขตสุขภาพที่ 7 พบร้อยละ 11.94, 12.58 และ 12.37 ตามลำดับ⁴ ในจังหวัดขอนแก่นพบร้อยละ 9.41, 9.77 และ 11.72 ตามลำดับ⁵ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับโรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบจำนวน 10, 16 และ 12 ราย ตามลำดับ พบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 4, 6 และ 4 ราย ตามลำดับ⁶

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ 1) ประวัติทางสูติกรรม เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมกับโรคทางด้านอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ มีภาวะเครียด ซึมเศร้า ด้านสูติศาสตร์ มีการติดเชื้อนอกมดลูก มีความผิดปกติของมดลูก คอมดลูกมีลักษณะผิดปกติ (U,V,Y shape) คอมดลูกสั้นกว่า 2.0 เซนติเมตร มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด มีประวัติการผ่าตัดมดลูก ประวัติการแท้งในครรภ์ก่อนหน้านี้ มีภาวะภาวะซีด การใช้สารเสพติด หรือการสูบบุหรี่ ต่อมแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เช่น ความผิดปกติของรก มีรกเกาะต่ำหรือลอกตัวก่อนกำหนด น้ำคร่ำมากหรือน้อยเกินไป ภาวะครรภ์เป็นพิษ⁷ ภาวะครรภ์แฝดน้ำหรือถุงน้ำคร่ำแตก รวมถึงการตั้งครรภ์ด้วยวิธีเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ 3) ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ เช่น ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ โครโมโซมผิดปกติ พิกัดแต่กำเนิด ภาวะครรภ์แฝด เป็นต้น รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุของหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า 17 ปีหรือมากกว่า 35 ปี ระดับการศึกษาต่ำ หรือมีเศรษฐกิจต่ำ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 6 เดือน BMI < 19 กก/ม² หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กก. มีภาวะภาวะทุพโภชนาการ ทำงานหนัก เช่น มากกว่า 80 ชม.ต่อสัปดาห์ หรือการยืน เดิน นานกว่า 8 ชม. ต่อวัน

การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36⁺6 สัปดาห์ ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปและหรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร หรืออาจมีร่วมกับการมีมูกเลือดหรือ หนองน้ำคร่ำแตกหรือรั่ว ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์(สำหรับในกรณีที่ยาอายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป)¹ อาการและอาการแสดงอาจแตกต่างกันออกไป โดยอาจจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้ คือ เจ็บครรภ์ถี่ขึ้นเรื่อยๆ มดลูกมีการหดตัวอย่างสม่ำเสมอจนทำให้ปากมดลูกมีการบางตัวและเปิดขยายตัว ปวดหลัง หรือปวดเอว ปวดหน่วงท้อง ปวดหน่วงลงช่องคลอดหรืออาจมีอาการท้องเสียร่วมด้วย มีสิ่งคัดหลั่งออกทางช่องคลอด เช่น มูก มูกเลือด น้ำเดิน เป็นต้น⁸

การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดคลอดหรือคลอดในระยะที่เหมาะสม การป้องกันที่ได้ผลดีคือ การใช้ยาโปรเจสเทอโรน ที่มีฤทธิ์ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ซึ่งมีทั้งในรูปแบบการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เน้นทางช่องคลอด หรือแบบรับประทาน และอีกวิธีคือการเย็บผูกปากมดลูก ซึ่งเป็นหัตถการที่ใช้ในการรักษาร่วมกับการตรวจพบปากมดลูกน้อยกว่า 25 มม.

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ การดูแลจึงต้องเน้นที่การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอ กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย มีการวางแผนการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁹ มาใช้เป็นแนว

ทางการประเมินภาวะสุขภาพและให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบของโอเร็ม¹⁰

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ระยะเวลาในการศึกษาหญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 ระหว่างวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 - 10 พฤศจิกายน 2566 หญิงตั้งครรภ์ รายที่ 2 ระหว่างวันที่ 18 เมษายน 2567- 19 เมษายน 2567 โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้ในการเก็บข้อมูลกรณีศึกษา ตามแบบแผนสุขภาพ 11แบบแผน มีความครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย นำข้อมูลที่ได้มาประเมินภาวะสุขภาพ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย นำปัญหาที่ได้มาวางแผนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ตั้งครรภ์ G2P1 GA 33⁺3 wk by U/S EDC 25 ธันวาคม 2566 ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 10⁺3 wk ที่โรงพยาบาลช้างสูง ฝากครรภ์จำนวน 5 ครั้ง มาตามนัดทุกครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative ,VDRL = Nonreactive ,Hct. = 28 % ได้รับยาบำรุงเลือด Folic acid 1x1 Oral pc. รับประทานที่บ้านและนัดติดตาม ผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 Hct.=35%, VDRL = Non reactive GST= 122 mg% วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 เวลา 19.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลแรกรับเวลา 21.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์คลอดไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน การตรวจทางหน้าท้อง ระดับความสูงของมดลูก $\frac{3}{4}$ เหนือระดับสะดือ วัดความสูงของมดลูก = 26 เซนติเมตร มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ Interval 5 นาที Duration 40 วินาที เด็กดีนดี ท่า LOA FHS 144 ครั้ง/นาที ผลตรวจ EFM : Reactive baseline 150 ครั้ง/นาที moderate variability periodic change ตรวจภายในปากมดลูกยังไม่เปิด สัญญาณชีพ BP 116/70 mmHg. Pules 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที BT.37 องศาเซลเซียส Sat O₂ 98 % room air รายงานแพทย์เวรเวลา 21.20 น. แพทย์วินิจฉัย G2P1 GA 33⁺⁵ with Preterm contraction พิจารณาให้นอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด อธิบายผลการตรวจและแผนการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ แพทย์ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ Nifedipine (5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine (5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 ชั่วโมง X 4 dose On EFM ทุก 4 – 8 ชั่วโมง ไม่มีการหดตัวของมดลูก หลังยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ หญิงตั้งครรภ์นอนโรงพยาบาล 3 วัน สามารถกลับบ้านได้และนัดฝากครรภ์ 14 พฤศจิกายน 2566 ที่โรงพยาบาลช้างสูง

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 28 ปี อาชีพรับราชการ มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือเจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล G1P0 GA 33⁺⁴ wk by U/S EDC 3 มิถุนายน 2567 ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 11 wk. ฝากครรภ์ที่คลินิกจำนวน 9 ครั้งตามนัดครบตามเกณฑ์ คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative , VDRL =

Nonreactive Hct. = 42 % DCIP Negative MCV 87.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative , VDRL = Nonreactive Hct. = 45.2 % วันที่ วันที่ 18 เมษายน 2567 เวลา 08.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดทาง ทุก 30 นาที และมีน้ำใสๆไหลออกทางช่องคลอด จึงมาโรงพยาบาล แรกรับเวลา 12.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด การตรวจทางหน้าท้อง ระดับความสูงของมดลูก $\frac{3}{4}$ เหนือระดับสะดือ วัดความสูงของมดลูก = 25 เซนติเมตร มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ Interval 7 นาที Duration 30 วินาที เด็กดีนดี ท่า LOA FHS 130 ครั้ง/นาที ผลตรวจ EFM : Reactive baseline 140 ครั้ง/นาที moderate variability periodic change ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร Effacement 25 % Station -2 ตรวจ Fern test positive สัญญาณชีพ BP 129/75 mmHg. Pules 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที BT 36.7 องศาเซลเซียส Sat O₂ 98 % room air รายงานแพทย์เวรเวลา 13.00 น. แพทย์วินิจฉัย G1P0 GA 33⁺⁴ wk. with Preterm Premature rupture of membrane พิจารณาให้นอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด อธิบายผลการตรวจและแผนการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ แพทย์ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ Nifedipine (5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine (5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 ชั่วโมง X 4 dose และให้สารน้ำ RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. ให้ยา Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชั่วโมง วันที่ 19 เมษายน 2567 เวลา 01.00 น. มีการหดตัวของมดลูกมากขึ้นและมีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น แพทย์เวรได้โทรศัพท์ประสานไปที่ห้องคลอด และ NICU โรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อขอส่งตัวไปคลอด แต่โรงพยาบาลขอนแก่นไม่มีเตียงสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากเตียงเต็ม จึง

ได้ติดต่อประสานขอส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างรอการตอบกลับจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หญิงคลอดมีอาการเจ็บครรภ์คลอดอย่างรุนแรง ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร Effacement 100 % Station +1 ย้ายเข้าห้องคลอด คลอดทางช่องคลอด เวลา 03.59 น.ทารกเพศชาย น้ำหนักคลอด 2,120

กรัม APGAR Score นาทีที่ 1= 9 นาทีที่ 5 =8 ทารกเริ่มมีอาการหายใจหอบลึกอกบวม อัตราการหายใจ 70 ครั้ง/นาที Sat O₂ 85 %แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์พร้อมมารดา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนคลอด 1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากการหดตัวของมดลูก วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการแรกเริ่ม และประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ ชักประวัติทั่วไปและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บครรภ์และระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์ ช่วงห่างของการเจ็บและการคลายตัวของมดลูก การมีมูกเลือดหรือน้ำเดินออกทางช่องคลอด การดิ้นของทารกในครรภ์ 2. ชักประวัติทางสูติกรรม ประเมินความถูกต้องของอายุครรภ์การฝากครรภ์และผล LAB ของ ANC 3. ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าท้อง ประเมินการหดตัวของมดลูก และการตรวจภายใน 4. ตรวจสภาพทารกในครรภ์ ฟัง FHS, EFM เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ 5.ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC UA UAM ATK 6.รายงานแพทย์เวร และเตรียม U/S 7.ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลักแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของ MCHB จ.ขอนแก่น 7.1 Nifedipine(5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine(5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง 7.2 Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 hr.x 4 dose 8. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ร่วมกับ EFM ทุก 4 ถึง 8 ชั่วโมง 9.ดูแลให้ Absolute bed rest และให้นอนตะแคงซ้าย หรือ	ระยะก่อนคลอด 1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากการหดตัวของมดลูก วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการแรกเริ่ม และประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ ชักประวัติทั่วไปและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บครรภ์และระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์ ช่วงห่างของการเจ็บและการคลายตัวของมดลูก การมีมูกเลือดหรือน้ำเดินออกทางช่องคลอด การดิ้นของทารกในครรภ์ 2. ชักประวัติทางสูติกรรม ประเมินความถูกต้องของอายุครรภ์การฝากครรภ์ และผล LAB ของ ANC 3. ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าท้อง ประเมินการหดตัวของมดลูก และการตรวจภายใน 4. ตรวจสภาพทารกในครรภ์ ฟัง FHS, EFM เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ 5.ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC UA UAM ATK Fern test 6.รายงานแพทย์เวร และเตรียม U/S 7.ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลักแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของ MCHB จ.ขอนแก่น 7.1 Nifedipine(5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine(5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง 7.2 Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 hr.x 4 dose 7.3 RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. 7.4 Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชม.
ท่าที่สุขสบาย งดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบปลอดภัย ไม่รบกวนหญิงตั้งครรภ์ 10. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ ความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก หาก BP < 90/60 mmHg งดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที 11. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และ Sat O₂ ทุก 4 ชั่วโมง 11. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ประเมินการพยาบาล ภายหลังจากการให้การพยาบาลและการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการหดตัวของมดลูก ปากมดลูกไม่เปิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก	8. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ร่วมกับ EFM ทุก 4 ถึง 8 ชั่วโมง 9.ดูแลให้ Absolute bed rest และให้นอนตะแคงซ้าย หรือท่าที่สุขสบาย งดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบปลอดภัย ไม่รบกวนหญิงตั้งครรภ์ 10. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ ความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก หาก BP < 90/60 mmHg งดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที 11. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และ Sat O₂ ทุก 4 ชั่วโมง 11. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ประเมินการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
การให้ยา FHS อยู่ในช่วงปกติ EFM =reactive รับประทานอาหารและนอนพักได้	ภายหลังจากการการพยาบาลและยาตามแผนการรักษาหญิงตั้งครรภ์มีอาการมดลูกมีการรัดตัวถี่มากขึ้น มีการเปิดขยายของปากมดลูก ผลการตรวจ Fern test = positive FHS อยู่ในช่วงปกติ EFM =reactive
7. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ประเมินการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม นอนพักได้	7. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ประเมินการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม
ระยะก่อนคลอด 3.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำตนเองและทีมเพื่อ สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แสดงท่าทางที่เป็นมิตรใส่ใจผ่อนคลายบรรยากาศเป็นกันเอง แสดงไมตรีจิตและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยซักถามรับฟังอย่างเข้าใจ 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง 3. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ 4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการพูดปลอบโยนแสดงความเห็นใจในความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ 5. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ ประเมินการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์และญาติรับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจและเข้าใจ สิ้นหนัผ่อนคลายและสดชื่น พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ	ระยะก่อนคลอด 3.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำตนเองและทีมเพื่อ สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แสดงท่าทางที่เป็นมิตรใส่ใจผ่อนคลายบรรยากาศเป็นกันเอง แสดงไมตรีจิตและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยซักถามรับฟังอย่างเข้าใจ 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง 3. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ 4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการพูดปลอบโยนแสดงความเห็นใจในความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ 5. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ ประเมินการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์และญาติรับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจและเข้าใจ สิ้นหนัผ่อนคลายและสดชื่น พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ
ระยะก่อนคลอด 4. ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักรู้และปฏิบัติตัวได้เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ระยะก่อนคลอด 4.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์เนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด 2. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชม. 3. หลีกเลี่ยงการตรวจช่องคลอดโดยไม่จำเป็น 4. ดูแลความสะอาด Hygiene care 5.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา คือ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
2. สอนวิธีการประเมินอาการและการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้นอนตะแคงซ้ายหมอนรองบริเวณหลัง วางนิ้วบนยอดมดลูกเหนือระดับสะดือ ตรวจสอบการแข็งตัวของมดลูกใน 1 ชั่วโมงว่าเกิดทุก 10 นาทีหรือไม่ 3. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น ปวดท้อง หรือมีอาการปวดหลังร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าพบว่ามียาให้นอนพักอย่างน้อย 30 นาที โดยให้นอนตะแคงซ้ายหากมีอาการเจ็บครรภ์ และสังเกตว่ามีสิ่งขับหลั่งออกจากช่องคลอดด้วยหรือไม่ เช่น มูก มูกปนเลือด น้ำใสๆ ถ้ามีให้รีบมาพบแพทย์ทันที	Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชม. 6. สังเกตและบันทึกลักษณะคร่ำ ถ้ามีผิดปกติรายงานแพทย์ ประเมินการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ไม่มีไข้ น้ำคร่ำสีปกติ สัญญาณชีพปกติ
4. ให้สังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ทุกวันโดยนับจำนวนครั้งที่เด็กดิ้นภายหลังรับประทานอาหารว่าดิ้นน้อยลงหรือไม่ (ปกติดิ้นไม่น้อยกว่า 4 ครั้งภายหลังการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ) 5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดย 5.1 นอนพักผ่อนเพียงพอให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้นอนตะแคงซ้าย 5.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และปริมาณที่เพียงพอ น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นประมาณ ½ กก./สัปดาห์ 5.3 ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ไม่ควรดื่มชา หรือกาแฟ และงดดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ สารเสพติดทุกชนิด และห้ามซื้อยารับประทานเอง 5.4 ไม่ควรกลั้นปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การขับขีรถจักรยานยนต์หรือนั่งรถเดินทางเป็นระยะเวลาดูติดกันนานๆ การยกของหนัก การนั่งยองๆ หรือการเปลี่ยนจากท่ายืนเป็นท่านั่งบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่กระตุนหน้าท้อง หลีกเลี่ยงการกระตุ้นเต้านมขณะมีเพศสัมพันธ์ และงดมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อป้องกันการหลุดตัวของมดลูก 5.5 ใ้บุคคลในครอบครัวช่วยทำหน้าที่แทน เช่น การทำงานบ้าน การยกของหนัก หรือการดูแลบุตร	ระยะก่อนคลอด 5. ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกมีการหดตัวแรงขึ้น วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย 2. ให้ O2 mask c bag 10 L/m 3. On EFM continuous เพื่อประเมิน ภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. 5. เตรียมความพร้อมในห้องคลอดเพื่อเตรียมการช่วยเหลือ ประเมินการพยาบาล FHS อยู่ในช่วง 140 ถึง-160 ครั้ง/นาที EFM reactive
ประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ และได้รับยาช่วยการคลอดจนครบตามแผนการรักษา และสามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาฝากครรภ์ต่อที่ โรงพยาบาลช้างสูง หญิงตั้งครรภ์สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัว เรื่องการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการสำคัญที่ต้องรับมาโรงพยาบาล ได้ถูกต้องและตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ถึง 39 สัปดาห์	ระยะคลอด 1. ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวแรงขึ้น วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายเพื่อทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการคลอด 2. ตรวจสอบบันทึกความถี่ ความแรงและระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที On EFM Monitor ไว้ 3. บันทึกความก้าวหน้าใน WHO partograph 4. ประเมินการหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดหากพบภาวะ Tetanic contraction รายงานแพทย์ทันที 5. เตรียมความพร้อมของผู้คลอดสอนวิธีการเบ่งที่ถูกต้อง 6. ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดอย่างนุ่มนวลโดยนึ่งรถเข็นนั่งเพื่อทำคลอด 7. เชียร์เบ่งคลอดให้กำลังใจผู้คลอดขณะเบ่ง 8. ทำคลอดอย่างนุ่มนวล ประเมินผลการพยาบาล ก่อนคลอด FHS 130-140 ครั้ง/นาที สม่าเสมอดี ผล EFM reactive ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการเบ่งคลอดถูกวิธี ทารกคลอดปกติ วันที่ 19 เมษายน 2567 เวลา 03.59 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,120 กรัม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	APGAR Score 9-8-8 หลังคลอดนาที่ที่ 5 ทารกมีภาวะหายใจหอบลึก แพทย์จึงได้ส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์
	ระยะหลังคลอด 1. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฉีกขาด ระดับ 2 และการหดตัวของมดลูกไม่ดี กิจกรรมการพยาบาล 1. คลึงมดลูกหลังจากการทำคลอดรกเพื่อให้มดลูกแข็งตัว ป้องกันการตกเลือด 2. ตรวจสอบการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและช่องทางคลอดและช่องแคมแผลฝีเย็บให้ถูกต้องและเทคนิคปราศจากเชื้อ 3. สอนมารดาให้คลำและคลึงมดลูกด้วยตนเองบ่อยๆ 4. ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด 5. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 30 นาที x 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าคงที่แล้ววัด ทุก 4 ชั่วโมง 6. ตรวจสอบประเมินการหดตัวของมดลูก แผลฝีเย็บ และกระปัสสาวะให้ว่างใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อให้มดลูกหดตัวดีป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 7. แนะนำมารดาเรื่องการให้นมบุตรและกระตุ้นให้นมบุตรทุก 2-3 ชั่วโมง 8. แนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และแผลฝีเย็บโดยการล้างด้วยสบู่และล้างด้วยน้ำสะอาดซับให้แห้ง เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อชุ่ม สังเกตความผิดปกติของแผลฝีเย็บเพื่อป้องกันการติดเชื้อและทำให้แผลแห้งและหายเร็วขึ้น 9. แนะนำให้มารดาขมิบช่องคลอดขมิบช่องคลอดบ่อยๆวันละ 30 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนที่ดี 10. ประเมิน Pain score เมื่อมีอาการปวดและให้ยาลดปวด 11. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดมดลูกหดตัวดี EBL 150 ml แผลฝีเย็บฝีเย็บไม่พบก้อนเลือด hematoma ปวดแผลฝีเย็บ Pain score 3 คะแนน เตรียมส่งต่อไปพร้อมบุตรที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์
	การพยาบาลทารกแรกเกิด ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนไม่มีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ กิจกรรม 1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยทารกได้รับการท่อกับหายใจ ET no.3 2. ดูแลตำแหน่งของท่อกับหายใจไม่เลื่อนหลุด
	3. ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ หายใจออกบูมเขียว หรือท้องอืดหรือไม่ 4. เฝ้าระวังและบันทึก V/S การหายใจ Sat O₂ 5. ควบคุมอุณหภูมิภายในตัวให้อยู่ในช่วง 36.8 ถึง 37.2 องศาเซลเซียส

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	6. ดูแล On 10 % Dw 500 ml iv 5.7 ml/hr 7. ส่งตรวจ Hct DTX 8. ส่งตรวจ และติดตามผล CXR 9. เตรียมความพร้อมในการส่งต่อไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประเมินผลการพยาบาล หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจ ทารกหายใจไม่หอบเหนื่อย RR 50-60 ครั้ง ต่อนาที Sat O2 98 % DTX 89 % Hct 44 % ผล CXR ET tube อยู่ ในตำแหน่งปกติ เตรียมส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ พักรักษาตัวเป็นเวลา 23 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ชนิด Early preterm labor คือ เป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ 24 -33⁶ สัปดาห์

กรณีศึกษาราย ที่ 1 เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ G2P1Ab0L1 อายุครรภ์ 33³ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มดลูกหดรัดตัว Interval 5 นาที Duration 40 วินาทีตรวจภายในปากมดลูกยังไม่เปิด สาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือหญิงตั้งครรภ์มีอาชีพ ค้าขายอาหารตามตลาดนัดทำให้ต้องเดินทางไปกลับเป็นระยะทางไกลทุกวัน และ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ทะเลาะกับสามี ได้เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ไปพักที่บ้านเพื่อน และมีประวัติครรภ์ที่ 1 คลอดก่อนกำหนดเมื่อ 2 ปีก่อน แนวทางการดูแลรักษาคือให้นอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการคลอดจนกว่าจะไม่มีอาการมดลูกหดรัดตัว ให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการสำคัญที่ต้องรับมาโรงพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุ 28 ปี G1P0 อายุครรภ์ 33⁴ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มดลูกหดรัดตัว Interval 7 นาที Duration 30 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร Effacement 25 % Station - 2 ตรวจ

Fern test ผล positive สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ มีอาชีพเป็นพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขึ้นปฏิบัติงาน เวร เข้าป่วย ดึก และมีเจ็บครรภ์มดลูกหดรัดตัววันละ 5-6 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน แต่ไม่ได้นอนโรงพยาบาล มารับการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับ มีน้ำเดิน 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายไม่สามารถให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกได้ มีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ยิ่งยั้งการคลอดไม่สำเร็จ คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,120 กรัม

APGAR Score นาทีที่ 1 = 9 นาทีที่ 5 = 8 ทารกหายใจ หอบลึก แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และได้ส่งต่อทารก ไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด เนื่องจากศักยภาพและความสามารถของห้องคลอดโรงพยาบาลต่ำสูง ยังมีขีดจำกัดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ต้องมีการประสานงานไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อขอคำแนะนำและประสานความพร้อมก่อนทำการส่งต่อ ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องใช้เวลานาน พยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลจึงต้องมีสมรรถนะและศักยภาพในการดูแลมารดา ทารกในระหว่างที่รอส่งต่อ และขณะนำส่งต่อ^{3,8}

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กรณี มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแม้ว่าจะมาฝากครรภ์ตามนัด และมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่นมีอาการเจ็บครรภ์คลอด แต่มารับการรักษาล่าช้า รอจนมีการเจ็บครรภ์จริง มีน้ำเดิน หรือปากมดลูกเปิดแล้ว จึงมาโรงพยาบาล ทำให้การยับยั้งคลอดไม่สำเร็จ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นเร่งด่วน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นการกำหนดแนวทางและการให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละบุคคล แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้นำความรู้และคำแนะนำต่างๆไปใช้ดูแลตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจใน

ระหว่างที่ตั้งครรภ์ ร่วมกับสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและการตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ทันที่ ในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด และนอกจากนี้ศักยภาพและความสามารถของห้องคลอดโรงพยาบาลข้าสูงมีขีดจำกัดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ต้องมีการประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีศักยภาพสูงกว่า และในการส่งต่อต้องได้รับแนะนำการดูแล รักษา หัตถการต่างๆให้พร้อมก่อนนำส่งทั้งมารดาและทารก ซึ่งการประสานงานส่งต่อต้องใช้เวลาในการรอนำส่ง ขณะส่งต่อ ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดควรมีการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

- 1.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2566).การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและถุงน้ำแตกก่อนกำหนด:แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2565-2567.
- 2.ชนนทร์ วนาภิรักษ์, และธีระ ทองสง.(2564).ในธีระ ทองสง(บ.ก.).สูตศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 6 (น.247-256).กรุงเทพฯ:ลักษมีรุ่ง จำกัด
- 3.สายฝน ขวาลไพบูลย์,และ สุจินต์ กนกพงษ์ศักดิ์.(2544).ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด.เวชบัณฑิตศิริราช,4(2),พฤษภาคม-สิงหาคม 2544.
- 4.HDC กระทรวงสาธารณสุข. (2564-2566).(2564-2566).สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2567
- 5.HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.Z2564-2566) สืบค้นจาก <https://KKN.HDC.go.th/hdc/main/index.php>.สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2567
- 6.งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลข้าสูง(2567).สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลข้าสูง ประจำปี 2565-2567โรงพยาบาลข้าสูง
- 7.นงเยาว์ เอื้อตรงจิตต์. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562; 10 (1) 1-10.
- 8.ประไพรัตน์ แก้วศิริ,ศิริภรณ์ เหมะธูลิน,พิมลพรรณ อันสุข และพรรณยุพา เนาว์ศรีสอน.(2563).การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด:บทบาทพยาบาล.ศรีนครินทร์เวชสาร2563;35(2)หน้า 238-245
- 9.Gordon, M.(1994).Nursing diagnosis : Process and Application. New York : McGraw-Hill.
- 10.Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed.Saint Louis: Mosby;2001

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

Development of Tuberculosis Care Model in Community with participation of District health network, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: July 16,2024 ; Revised: August 19,2024 ; Accepted: August 20,2024)

นันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์¹ ศิวะยุทธ สิงห์ปัฐ²

Nantapat Teerawatananont¹ Siwayut Singpru²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและทดลองใช้ในพื้นที่ ระยะที่ 3 ประเมินผล การพัฒนาแบบแผน และประเมินความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 68 คน ในพื้นที่ที่ศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรม เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สังเกต สัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า แบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา มีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) การประชุมวางแผนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (2) การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ (4) การคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ (5) การติดตามประเมินผล โดยทำการทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ ทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และพื้นที่เปรียบเทียบในอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องของพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผลสัมฤทธิ์ในเดือนที่ 2 พบว่า ผลการตรวจเสมหะหาปริมาณเชื้อวัณโรคในเดือนที่ 2 กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลสัมฤทธิ์เป็นลบ คิดเป็นร้อยละ 85.3 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบยังคงมีผลสัมฤทธิ์เป็นบวกอยู่ คิดเป็นร้อยละ 41.1 และผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่ศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบแผน การมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ผู้ป่วยวัณโรค

Abstract

This study was a participatory action research aimed to development of tuberculosis care model in community with participation of district health network, Nakhonratchasima province. The research procedure consisted of 3 phases as follows. Phase 1; Study the situation and problems in caring for tuberculosis patients in the community of district health network. Phrase 2; The development model and testing in the model area. In phrase 3; evaluate the development model and population's satisfaction of 68 participants in experimental group and 68 participants in comparison group. Data was collected through focus group discussions, observations and interviews. Content analysis

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

was used to analyze qualitative data whereas descriptive and Inferential statistics were used to analyze quantitative one. Paired sample t-test was used to compare means.

The results from the development of tuberculosis care model in community with participation of district health network, Nakhonratchasima province should consist of (1) Meeting to plan the operation of tuberculosis care patients in the community in the district health network group. (2) integrated operation through working group (3) capacity building of process facilitators (4) selection of study area (5) Evaluation: After using a tuberculosis care model in community with participation of district health network program try it out in the area the dan khun thot district and comparison areas in khonburi district nakhon ratchasima province for 12 weeks, it was shown that the experimental group had a higher mean score in knowledge about tuberculosis and prevention of the spread of tuberculosis significantly more than the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$) and the experimental group had an mean score on behavior to prevent the spread of tuberculosis disease in the community of tuberculosis patients among tuberculosis patients and tuberculosis patient caregivers significantly more than the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$) and the satisfaction assessment results of the tuberculosis care model in community with participation of district health network activities in the research area model was also at a very high level.

Keyword: Model development, Participation, District health network, tuberculosis patients.

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* จัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* วัณโรคเกิดได้ทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก นอกจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพจนเกิดการเสียชีวิต ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิด สถานการณ์วัณโรคของโลกในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 16 - 20 ล้านคน ซึ่ง 8 - 10 ล้านคนเป็นผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (Infectious case) องค์การอนามัยโลกคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 8.4 ล้านคน เสียชีวิตปีละ 1.9 ล้านคน และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาถึงร้อยละ 95 สำหรับประเทศไทยนั้นองค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับอยู่ในลำดับที่ 18 จาก 22 ประเทศทั่วโลกที่พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด¹

ทั่วโลกให้ความสำคัญและมีเป้าหมายยุติวัณโรคร่วมกันคือ ภายในปี พ.ศ. 2578 ยุติการ

เกิดวัณโรคไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร การเสียชีวิตเมื่อเทียบกับฐาน 2015 ต้องลดลงมากกว่าร้อยละ 95.00 ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (high burden countries) ได้แก่ มีภาระวัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี 2562 ได้คาดประมาณการณ์ทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 106,000 รายคิดเป็น 153 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 11,000 ราย และมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) จำนวน 4,000 ราย ซึ่งคาดประมาณว่า ร้อยละ 2.30 เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 24.00 เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน² จากรายงานผลการดำเนินงาน ปี 2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 85,029 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา ร้อยละ 80.00 (85,000 ราย/106,000 ราย) สาเหตุที่ความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าสู่ระบบบริการ รักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน โรงพยาบาลนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้รับ

การวินิจฉัย หรือได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ถูกรายงาน โดยผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 7,130 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเอชไอวี และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 1,312 ราย ได้รับการรักษา 910 ราย³

ประเทศไทยมีเป้าหมายการดำเนินงานด้านวัณโรค คืออัตราการความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00 ปี 2560-2562 มีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 84.00, 85.00 และ 85.70 ตามลำดับ จากการรวบรวมผลการดำเนินงานวัณโรคจากหน่วยบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ข้อมูล วันที่ 15 ธันวาคม 2566) จำนวน 1,204 แห่ง พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทย ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 78,955 ราย ซึ่งผู้ป่วยวัณโรค ช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปี มีมากที่สุด จำนวน 21,761 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.7 โดยผู้ป่วยวัณโรค เป็นเพศชายประมาณ 2 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง (ชาย 53,849 ราย ,หญิง 25,106 ราย) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มดังกล่าวมีเชื้อเอชไอวีจำนวน 5,467 ราย (ร้อยละ 8.2) ส่วนอัตราการสำเร็จของการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นรักษา พ.ศ. 2565 (เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาสามารถนำประเมินผลการรักษาได้) พบว่ามีอัตราการความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 79.8 สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา มาจากเสียชีวิต ร้อยละ 9.8 และขาดยา ร้อยละ 5.6 ในการ ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2566 มีการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคยา MDR/RR-TB 886 ราย Pre XDR-TB 56 ราย และ XDR-TB 6 ราย ในปี 2566 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88.00 มีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 82.20⁴

การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญในปัจจุบันยังใช้ ระบบ DOT การรักษาวัณโรคโดยการควบคุมการกินยาของผู้ป่วย เดิมมีการใช้ โดยเรียกว่า Fully supervised

therapy ต่อมาจึงมีการ ใช้คำย่อว่า DOT=Directly Observed Treatment คือ การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง สำหรับคำย่อ DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) ที่ใช้กันในปัจจุบัน นอกจากหมายถึงการให้ผู้ป่วย กลืนกินยา ระบบยาระยะสั้น ต่อหน้าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย ยังต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 4 ประการ คือ พันธสัญญาที่มั่นคง (Strong Commitment) 1. การมีบริการคัดกรองที่ครอบคลุมดี 2. งบประมาณในการจัด 3. หายาที่เพียงพอ และ 4. มีระบบบันทึกข้อมูลการรายงานที่ถูกต้องและสามารถประเมินผลได้ DOTS ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาสม่ำเสมอ ครบถ้วน และป้องกันการเกิดดื้อยาของเชื้อวัณโรค การดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค พร้อม บันทึกการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคให้กำลังใจให้ผู้ป่วย กินยาครบตามกำหนดการรักษาแนะนำการปฏิบัติตน ในการรักษาวัณโรค และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการใช้ผ้าปิดปาก และจมูก สังเกต สอบถาม เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง หรืออาการแพ้ยา ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคให้แก่ผู้อื่นที่ใกล้ชิดได้ ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัย และรักษาด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพจนผลตรวจเสมหะเป็นลบ ระยะเวลาจะสั้นหรือนานขึ้นกับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เพื่อรับการวินิจฉัยเร็วหรือช้า การวินิจฉัยโดยทีมสุขภาพรวดเร็วแค่ไหน ประสิทธิภาพ ของยาที่ใช้รักษา มีอาการป่วยจากเชื้อที่ไวต่อยาหรือเชื้อดื้อยา เนื่องจากผู้ป่วยทั่วไปหลังเริ่มรักษา ส่วนใหญ่ต้องใช้ เวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน อาจต้องใช้ระยะเวลา นาน ประมาณ 2-4 เดือน จึงจะพ้นระยะแพร่เชื้อ

จากผลการดำเนินงานจังหวัดนครราชสีมา 5 ปี ย้อนหลัง ปี 2562-2566 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 2,372 ราย, 2,464 ราย, 2,134 ราย, 2,063 ราย และ 2,315 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ คิดเป็น ร้อยละ 52.99, 47.69, 50.37,

56.86 และ 53.69 ด้านผลการดำเนินงาน ปี 2562-2566 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็น ร้อยละ 86.64, 85.65, 84.83, 80.42 และ 59.55 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10.00) ร้อยละ 16.39, 20.09, 17.67, 14.66 และ 10.62 อัตราการขาดยา (เกณฑ์กำหนดต้องไม่มีการขาดยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค) ร้อยละ 5.18, 4.93, 7.73, 5.05 และ 4.05 ตามลำดับ⁵

จากปัญหาผู้ป่วยวัณโรคขาดการรับยาตามนัด จึงขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ในอนาคตได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการทำงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้นต้องมีการดำเนินงานร่วมกับชุมชน โดยสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและการคิดหาวิธีการดำเนินงานให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและรักษาสำเร็จ ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ในการรักษาสำเร็จ เนื่องจากเดิมในชุมชนยังไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งเดิมเป็นเพียงการรับรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและเข้าไปติดตามผู้ป่วยเป็นบางช่วงเวลา ไม่เกิดการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) อสม. และยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ต้องอาศัยด้านคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ เข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องมีการพึ่งพาชุมชน รวมถึงเพื่อให้เกิดการกระทำในระดับบุคคลและชุมชน ให้ชุมชนสามารถเป็นที่พึ่งแก่ผู้ป่วยได้ ในการดำเนินงานรักษาวัณโรคให้หายขาด และหยุดการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ตามบริบทของพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา โดยให้เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ลดการ

แพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้กรอบการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 องค์ประกอบ คือ PAOR (P: Planning, A: Action, O: Observation และ R: Reflection) กับงานป้องกันควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพในการสร้างความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และยังเป็นเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคต่าง ๆ ของชุมชนต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะคือ 1) ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา 2) พัฒนารูปแบบและทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR คือ ขั้นตอนแผนการดำเนินการ (Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลลัพธ์ (Reflection) และ 3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบและประเมินความพึงพอใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 68 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 68 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนประเภทผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือได้รับการรักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน และได้รับยาต้านเชื้อวัณโรคแนวที่ 1 2) ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลหลวงพ่อกุณปริสุทธ และโรงพยาบาลครบุรี และขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ 3) ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ พักอาศัยอยู่พื้นที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ตลอดการรักษาวัณโรคระยะเข้มข้น

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตระหว่างระยะเวลาของการรักษา 2) ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการปรับสูตรยาจากแนวที่ 1 ไปใช้ยาแนวที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วย 2) เป็นผู้กำกับการกินยาต้านวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ ที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลหลวงพ่อกุณปริสุทธ และโรงพยาบาลครบุรี

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดดูแลได้รับการปรับสูตรยาจากแนวที่ 1 ไปใช้ยาแนวที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตระหว่างระยะเวลาของการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค อาการ การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมวัณโรค คำถาม มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ โดยใช้ค่า Percentile การแปลผล ดังนี้

มีความรู้ระดับสูง หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 80.00-100

มีความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 60.00-79.00

มีความรู้ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 0.00-59.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค โดยมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดการประมาณค่า Likert Scale มี 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือ 5 – 7 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง หรือสัปดาห์ละ 1 – 2 วัน/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นใน 1 สัปดาห์

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถามและได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.74

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนข้อ⁷ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ดี พอใช้ และไม่ ดี ตามค่าเฉลี่ยดังนี้

0.00 - 0.67 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคระดับไม่ดี

0.68 - 1.35 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคระดับพอใช้

1.36 - 2.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราวัดการประมาณค่า Likert Scale มี 5 ระดับ 5 ตัวเลือกประกอบด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนข้อ⁷ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ตามค่าเฉลี่ยดังนี้

1.00 - 2.33 หมายถึง พึงพอใจน้อย

2.34-3.66 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

3.67-5.00 หมายถึง พึงพอใจมาก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมุติฐานโดยการวิเคราะห์สถิติแบบ Independent Samples t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณ

โรค ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

3. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในประเด็นการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา การสะท้อนผล เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยสู่ความสำเร็จ

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 068 ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2566

สรุปผลการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ข้อมูลทั่วไปพบว่า คะแนนความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.67 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 3.33 (Mean = 7.83, S.D. = 0.561) ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค ภาพรวมพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 0.98, S.D. = 0.837) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคที่ปฏิบัติ ในระดับไม่ดี มากที่สุดคือ ทานสวมหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่บ้านและในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง ร้อยละ 35.7 และใน 1 สัปดาห์ ทานจัดบ้านให้สะอาด นำที่นอน หมอนมุ้ง เครื่องใช้ส่วนตัวออกตากแดดและเปิดหน้าต่าง ประตูให้อากาศถ่ายเท ร้อยละ 21.3 ตามลำดับ

จากการประชุมได้ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาของกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ระยะที่ 2 ผลพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR จากการศึกษาพบประเด็นที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผนการดำเนินการ (Planning) ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานในขั้นวางแผน พบว่า จากการประชุมได้แผนการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ดังนี้

1. อบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค
2. คัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง
3. จัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) หลังจากได้ข้อตกลงในการดำเนินงานแผนปฏิบัติการเครือข่ายสุขภาพทุกพื้นที่ได้ดำเนินการตามแนวทางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จากการดำเนินในขั้นตอนการวางแผนจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา โดยแผนปฏิบัติการมี 3 โครงการ ได้แก่ อบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

ผลจากการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานพัฒนากลไกแนวทางการขับเคลื่อนและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญ (1) การประชุมวางแผนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา และทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และพื้นที่เปรียบเทียบในอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม 1) อบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค 2) คัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง

และ 3) จัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค (3) การติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ในพื้นที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลหลวงพ่อกุณปริสุทธโธ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านขุนทด และ รพ.สต. ในพื้นที่ร่วมเป็นวิทยากรกลุ่มย่อย

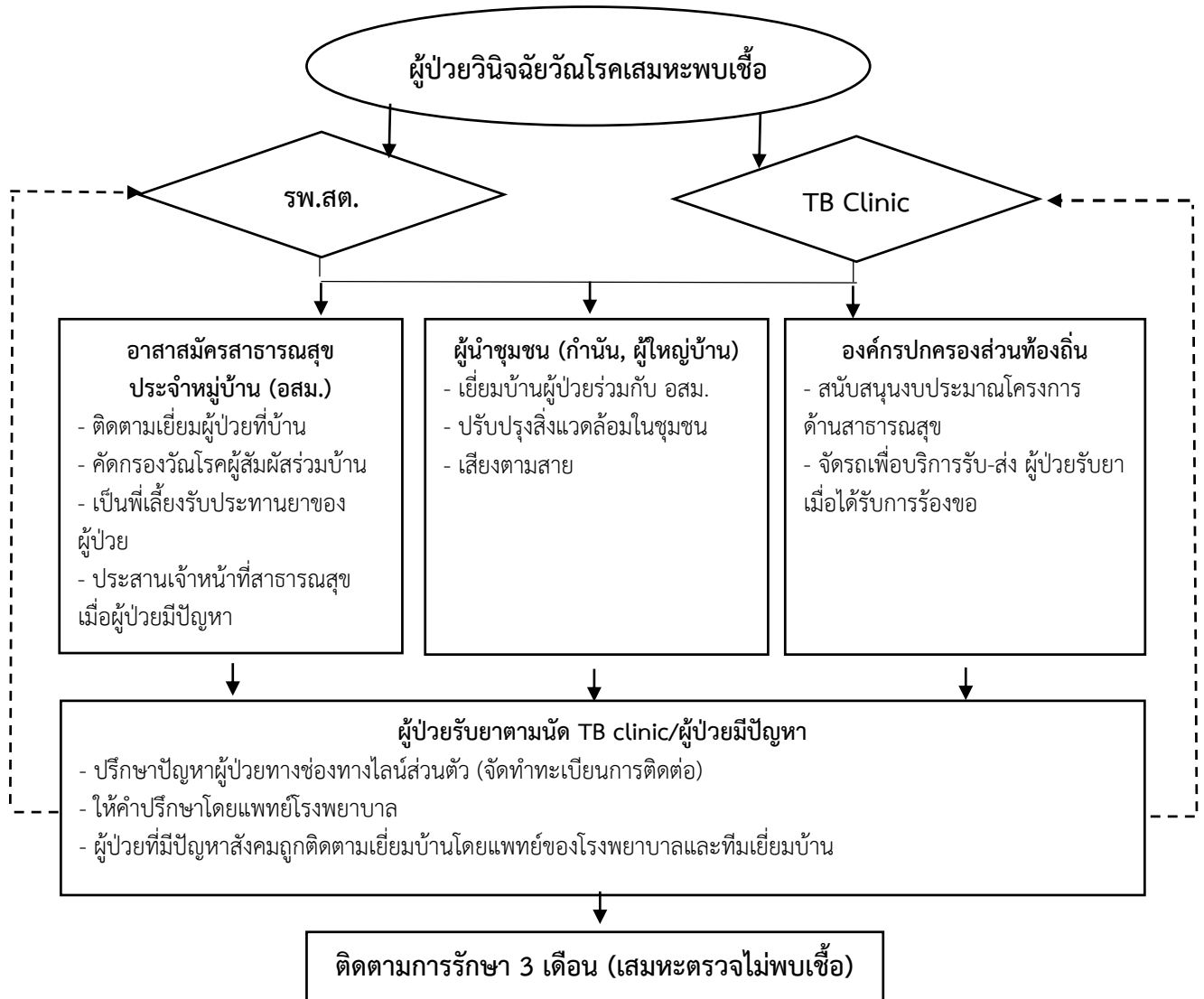
ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) ผลการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 พบว่า การสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการศึกษาและสะท้อนผลการปฏิบัติกลับ เก็บรวบรวมข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงานคุณภาพด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การติดตาม DOTS ของผู้ป่วยวัณโรค อัตราการเปลี่ยนเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรอบ 3 เดือน โดยมีผลการดำเนินงานของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า 1) ภาศีเครือข่ายสุขภาพเข้าร่วมการกระบวนการในทุกกระบวนการเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอด่านขุนทด 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการติดตาม DOT ร่วมกับ อสม. มีการติดตาม DOT ทุกราย ส่งผลให้อัตราการเปลี่ยนเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ตรวจไม่พบเชื้อร้อยละ 66.66 อยู่ระหว่างรักษารอผลเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น จำนวน 4 ราย 3) ไม่พบการขาดยาของผู้ป่วยในรอบ 3 เดือน 4) เครือข่ายสุขภาพ ได้รับมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ในภาพรวมของมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนสูง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ได้ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 มาจัดเวทีสรุปประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

วัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ในประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และคืนข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนงาน

หลังจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการ

มีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ตามวงจรพัฒนาคุณภาพวงจร PAOR ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้



ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกัน

การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 7.28 คะแนน (95% CI 6.12-8.43) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังเข้าร่วม

โปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.0001$) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 2.20 คะแนน (95% CI 1.01-3.39) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.0008$)

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 15.00 คะแนน (95% CI 12.52-17.48) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.0001$) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 1.60 คะแนน (95% CI 0.12-3.08) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค หลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.0351$)

3) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดูแลกิจกรรมโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.25, S.D. = 0.554) เมื่อพิจารณารายชื่อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรม (Mean = 4.82, S.D. = 0.542) และประเด็นที่กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีความพึงพอใจที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม (Mean = 4.12, S.D. = 0.545)

4) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะในเดือนที่ 2 พบว่า ผลการตรวจเสมหะหาปริมาณเชื้อวัณโรคใน Sputum AFB (การย้อมสีชนิดทนกรด: Acid fast bacilli stain, AFB) เพื่อการวินิจฉัยวัณโรคปอดร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-ray) นั้น ในเดือนแรกของการรักษาตรวจพบปริมาณเสมหะบวกในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั้งหมดทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริม

สุขภาพฯ และรับการรักษาวัณโรคโดยการรับประทานยาสูตรยาระยะเข้มข้น (Intensive phase) 2 เดือนแรก พบว่าผลการตรวจเสมหะในเดือนที่ 2 กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะเป็นลบ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบยังคงมีผลเสมหะเป็นบวกอยู่ คิดเป็นร้อยละ 40

5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ, ความสามัคคีของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ, กิจกรรมที่ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง, การสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน, มีแนวปฏิบัติที่ดีเป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน และ งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผล ดังนี้

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพและมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ได้แก่ เจ้าหน้าที่รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อปท.

และผู้นำชุมชน ซึ่งการดูแลในชุมชนจะมีความใกล้ชิด และมีการดูแลผู้ป่วยตามวิถีชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุจิเรจ ล้อไป⁹ ที่พบว่า กระบวนการเสริมพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค และเฉลิมเกียรติ ตาตะมิ¹⁰ พบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค เรียกว่า THABO model มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีระบบกำกับติดตามที่ดีโดยการติดตามถึงบ้านด้วยเครือข่ายที่ร่วมมือกันทั้งหน่วยบริการและชุมชนและมีการเสริมสร้างกำลังใจและใส่ใจอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยของ รพ.ธาตุพนม มีการดูแลตามสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ต้องปรับวิธีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยโดยส่งยาให้ที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการดำเนินงาน พบว่าการประชุมชี้แจงขับเคลื่อนแผนการดำเนินงาน โครงการให้กับเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ ทำให้ทุกภาคส่วนทราบแผนการดำเนินงาน และมองภาพความสำเร็จของโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับการคืนข้อมูลผลการสำรวจ ได้รับทราบสภาพปัญหา สถานการณ์ของพื้นที่ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมได้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ต่อไป ซึ่งการเสริมสร้างความรู้เรื่องวัณโรค การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง และการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ที่เหมาะสมกับความต้องการของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งกลวิธีและโปรแกรมจะเป็นในลักษณะของการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิต และแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมป้องกันโรคของตนเองและครอบครัวได้¹¹

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 7.28 คะแนน (95% CI 6.12-

8.43) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.0001$) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 2.20 คะแนน (95% CI 1.01-3.39) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.0008$) ซึ่งสอดคล้องกับ สมัญญา มุขอาษา¹² พบว่า คะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดภายในกลุ่มทดลอง พบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 7.28 คะแนน (95% CI 6.12-8.43) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.0001$) แสดงให้เห็นได้ว่ากิจกรรมการจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอโดยรวมที่วางแผนไว้และได้ปฏิบัติจริงโดยผู้วิจัยได้เสริมสร้างกระบวนการให้กับกลุ่มทดลอง ด้วยการฝึกทักษะที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกันออกแบบกับเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่เหมาะสมกับกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 15.00 คะแนน (95% CI 12.52-17.48) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P = 0.0001$) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 1.60 คะแนน (95% CI 0.12-3.08) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค หลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.0351$) ซึ่งสอดคล้องกับ สมัญญา มุขอาษา¹² พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ พบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 15.00 คะแนน (95% CI 12.52-17.48) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา หลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.0001$)

และพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 2.68 คะแนน (95% CI 0.67-6.04) ซึ่งคะแนนเฉลี่ย ในเรื่องของพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.1150$) และหลังการทดลองพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 10.72 คะแนน (95% CI 7.29-14.15) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องของพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.0001$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการสนับสนุนจากผู้บริหาร การร่วมแรงร่วมใจจากทีมผู้ดูแลทั้งทีมสหวิชาชีพ ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบท และปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่การเข้าถึงการคัดกรองกระบวนการดูแลรักษา พี่เลี้ยงกำกับการกินยา ระบบส่งต่อข้อมูล ช่องทางปรึกษา การดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาให้แก่ทีมผู้ดูแล พี่เลี้ยงระดับอำเภอเป็นที่ปรึกษา มีการติดตามเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษา วัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน บรรลุเป้าหมาย และมีความยั่งยืนต่อไป

บทสรุปของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นร่วมกับเครือข่ายมีผลต่อพัฒนาความรู้เรื่อง

วัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนในพื้นที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้จึงบรรลุผลตามความมุ่งหมายของการศึกษาที่ตั้งไว้ทุกประการ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ความสำเร็จของการสร้างการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอส่วนหนึ่งที่สำคัญมาจากการคัดเลือกคนเข้ามาเป็นคณะทำงานรวมไปถึงการจัดทำโครงการให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และการมีงบประมาณสนับสนุนจึงจะทำให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปอย่างได้รับความร่วมมือ ดังนั้น จึงควรกำหนดเป็นประเด็นปัญหาให้ชัดเจนในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ระบุถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายระดับสุขภาพอำเภอเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

2. ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการติดตามผลเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ควรเพิ่มการติดตามการรับประทานยาที่เข้มข้นเพื่อป้องกันการดื้อยาของเชื้อวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ การกระตุ้นเตือนการกำกับ และการติดตามผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน สื่อสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ หรือเฟสบุ๊ก ที่สามารถติดต่อผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้โดยตรง หรือการประสานใช้ช่องทางผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ผ่านแอปพลิเคชันและเสียงตามสายในหมู่บ้าน และเก็บเสมหะส่งตรวจเพาะเชื้อวัณโรคดื้อยาของผู้ป่วยที่เสมหะหลังสิ้นสุดการรักษา ระยะเข้มข้นยังพบเชื้อ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่ให้อาหาร
สนับสนุนทางสังคม เช่น บุคคลในครอบครัว ชุมชน
เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคต้องรับประทานยาวันละ

โรคติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวหรือชุมชน
จึงอาจมีส่วนร่วมในการจัดการ และดูแลผู้ป่วยวัณโรค
ได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย National Tuberculosis Control Program Guidelines, Thailand. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์.
- 2.World Health Organization. (2019). Global tuberculosis report 2019. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329368>.
- 3.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลและรักษาวัณโรค. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์.
- 4.กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานประจำปี 2566. (เอกสารอัดสำเนา).
- 5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2566). รายงานสถานการณ์วัณโรค จังหวัดนครราชสีมา ปี 2566. (เอกสารอัดสำเนา).
- 6.สุมนัา กลางคาร และวรวรณั จัรพรมสัตัยพรด. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สารคามเปเปอร์.
- 7.วิรัตน์ ปานศิลา. (2544). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- 8.Bloom, B. S. (1956). Mycoted. (2004). Plan Do Check Act (PDCA). Retrieved from
<http://www.mycoted.com/creativity/techniques/pdca.php>
- 9.รุจิเรข ลัอไป. (2561). การเสริมพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ในตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, 24, 15-23.
- 10.เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ. (2562). การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอบำเหน็จ จังหวัดหนองคาย. สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 26(1), 36-47.
- 11.Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-67.
- 12.สมัญญา มุขอาษา. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 1, 13-27.

**ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพทีมนำระดับจังหวัดเพื่อการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ
ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูงมาก จังหวัดสุรินทร์**
**Effectiveness of development in Core team Province level to Solving the Accident Problem
with child and adolescent in very high-risk district, Surin Province.**

(Received: July 20,2024 ; Revised: September 9,2024 ; Accepted: September 11,2024)

อนงค์ มณีศรี¹

Anong Maneesri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพทีมนำระดับจังหวัดเพื่อการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูงมาก จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 328 คน โดยสุ่มจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน ในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ ปราสาท และสังขะ คัดเลือกผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระจากกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.8 มีอายุระหว่าง 13-18 ปี มีอายุเฉลี่ย 16.02 ปี (S.D. = 1.509 ปี) โดยนักเรียนขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ตอนอายุ 12 ปี ร้อยละ 30.8 ซึ่งอายุน้อยที่สุดคือ 7 ปี อายุมากที่สุดคือ 18 ปี ผู้หัดขับขี่รถจักรยานยนต์ให้นักเรียนเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 54.9 รองลงมาคือฝึกเอง ร้อยละ 21.0 และญาติพี่น้อง ร้อยละ 17.7 ตามลำดับ ผู้ปกครองอนุญาตให้ขับขี่รถจักรยานยนต์ไปโรงเรียนเมื่อช่วงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 58.5 ส่วนใหญ่ไม่มีใบขับขี่ ร้อยละ 80.2 ซึ่งนักเรียนเคยประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 51.5 โดยบาดเจ็บเล็กน้อยไม่ได้เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล ร้อยละ 75.7 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

คำสำคัญ: ทักษะคิด, การป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต, จักรยานยนต์, นักเรียน

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to assess the effectiveness of development in core team province level to solving the accident problem with child and adolescent in very high-risk district, Surin province. The samples were 328 persons from secondary 1-6 students who drive motorcycles to school in the areas of Mueang Surin, Prasat and Sangkha districts, Selected through inclusion and exclusion criteria. The study was conducted over a period of 12 weeks. The tools used to collect the data were questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and compare means of different Self-efficacy for accidents, outcome expectancy for prevention of injury and death from road accidents and practice to survive danger on the road before and after the program by inferential statistics using Paired t-test at the 0.05 level.

The results showed that the majority were female (58.8%). were age between 13-18 years old, average age were 16.02 (S.D. = 1.509). Able to drive a motorcycle at age 12 years (30.8%), the youngest is 7 years old and the oldest is 18 years old. The majority learn to drive a motorcycle with your parents (54.9%) follower by practice by yourself (21.0%) and training from siblings (17.7%), respectively. Parents give permission to drive motorcycles to

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

school at junior high school (58.5%). The majority were not having a driver's license (80.2%). Ever had an accident (51.5%), minor injuries were not treated at the hospital (75.5%). After the program, the sample group had significantly higher mean scores of self-efficacy for accidents, outcome expectancy for prevention of injury and death from road accidents and practice to survive danger on the road ($p < 0.05$).

Keyword: Thinking skills, Prevention of injury and death, Motorcycle, Student

บทนำ

ปัญหาการตายจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากการบูรณาการข้อมูลการตาย 3 ฐาน กลุ่มอายุที่มีการสูญเสียมากที่สุดเป็นเด็กและเยาวชนอายุ 10 - 19 ปี ซึ่งมีการเสียชีวิตที่สูงมากถึง 26,126 คน ในช่วง 9 ปีที่ผ่านมา หรือคิดเป็นเฉลี่ย 2,902 คนต่อปี จากการประมาณการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน 10 - 19 ปี โดยการวิเคราะห์อนุกรมเวลา Time series ในช่วง 10 ปีต่อจากนี้ (ปี 2564 - 2573) หากไม่มีการแก้ไขปัญหาย่างจริงจังและกำหนดเป้าหมายจะมีเด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนน 37,321 คน หรือเฉลี่ยปีละ 3,732 คน¹ แนวโน้มของปัญหาอุบัติเหตุทางถนนยังคงทรงตัวและมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2563 เนื่องจากเกิดสถานการณ์โควิด-19 เนื่องจากมีการเดินทางสัญจรลดลง แต่อย่างไรก็ตามเป็นเพียงสถานการณ์สั้นๆ หากสถานการณ์สงบลงปัญหาก็จะกลับย้อนมาเนื่องจากการ ปัจจัยพื้นฐานยังคงอยู่ยังไม่ได้เปลี่ยนแปลง ประกอบกับจำนวนยานพาหนะและการสัญจรเพิ่มขึ้นตามการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยีการดำเนินการในระดับพื้นที่ระดับชุมชน/บุคคล ยังมีน้อย ประชาชนและชุมชนยังไม่ตระหนัก โดยพิจารณาปัญหาในประเด็นต่างๆ คือ ด้านกลไกการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การจัดการปัญหาในระดับอำเภอถือว่ามีความเหมาะสมดำเนินงานที่สามารถเข้าถึงระดับชุมชนและท้องถิ่นโดยใช้กลไกผ่านศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และเชื่อมโยงการทำงานกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.ท้องถิ่น) และคณะพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แต่การดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพ

เท่าที่ควร โดยเฉพาะอำเภอเสี่ยง มีข้อค้นพบสำคัญดังนี้ ยังต้องเพิ่มทักษะการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนำไปสู่รากของปัญหา รวมทั้งการเข้าไปในระดับท้องถิ่น/ชุมชน และการเชื่อมโยงข้อมูลสู่การสร้างมาตรการที่ มาตรการแก้ปัญหาแบบเดิม ๆ ไม่ได้ระบุกลุ่มเป้าหมาย และเน้นรณรงค์ประชาสัมพันธ์ซึ่งควรที่จะพัฒนาวิธีการออกมาตรการแก้ไขปัญหาให้เป็นรูปธรรม²

จากการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหามรณะและบาดเจ็บสำหรับเด็กและเยาวชนใช้จักรยานยนต์ที่มีประสิทธิผล (2563) โดยการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและตายจากการใช้รถจักรยานยนต์ ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยความร่วมมือกรมควบคุมโรคและศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) และวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุเชิงลึกของการตายในกลุ่มเด็กและเยาวชนเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ มีประเด็นข้อค้นพบที่ควรนำมาพิจารณาหารือและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย พบว่า กลุ่มอายุที่เกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุด พบว่า กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 68 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี ร้อยละ 28 อายุที่เริ่มฝึกหัดขับรถจักรยานยนต์ พบว่า เด็กและเยาวชนเริ่มฝึกหัดขับรถจักรยานยนต์ ในช่วงอายุ 13 - 15 ปี ร้อยละ 49 รองลงมาอายุ 10 - 12 ปี ร้อยละ 48 การเรียนรู้การฝึกหัดขับรถจักรยานยนต์ พบว่า ส่วนใหญ่เด็กและเยาวชนจะเรียนรู้การขับรถจากพ่อแม่ ญาติ พี่น้อง และ เพื่อน ร้อยละ 72 และฝึกหัดขับเอง ร้อยละ 28 โดยไม่ผ่านการฝึกอบรมการขับขี่ปลอดภัย ร้อยละ 87 การมีใบอนุญาตขับขี่พบว่า เยาวชนที่มีใบอนุญาตขับขี่อายุ 15 ขึ้นไป ร้อยละ 14 และร้อยละ 87 ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ โดยประเด็นที่ไม่ไปทำใบอนุญาตขับขี่ ได้แก่ ไม่สนใจไป

ทำ ร้อยละ 59 อายุยังไม่ถึงเกณฑ์/ไม่มีเวลาไปทำ ร้อยละ 28 และพบว่า เด็กอายุไม่ถึงเกณฑ์ทำ ใบอนุญาตขับขี่ ร้อยละ 22³

ข้อมูลจากศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 – 2564 พบอัตราการตายด้วยอุบัติเหตุทางถนน เท่ากับ 30.64, 31.19, 30.99, 30.00 และ 27.16 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายประเทศ 23.20 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดคือ นครราชสีมา (31.44 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ บุรีรัมย์ (27.61 ต่อประชากรแสนคน), สุรินทร์ (25.21 ต่อประชากรแสนคน) และชัยภูมิ (24.19 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ⁴ ซึ่งทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 สูงกว่าเป้าหมาย พบว่าสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดเกิดจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 71.89 รองลงมาคือ ขับขี่รถจักรยานยนต์ล้มเองหรือไม่มีคู่มือ ร้อยละ 10.11 และรถปิคอัพ ร้อยละ 4.61 ตามลำดับ และยังพบว่าการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ จำนวน 87 ราย (อัตรา 4.12 ต่อประชากรแสนคน) โดยเมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นกลุ่มที่ตายจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด มีจำนวน 1,759 คน เฉลี่ยปีละ 352 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.48 และในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีเด็กและเยาวชนอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ตายจากการใช้รถจักรยานยนต์ 180 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 62.72 ของการตายจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด⁵

ประเทศไทยมีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนนสอดคล้องกับเป้าหมายของ การ พัฒนา ที่ ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) โดยอยู่ภายใต้เป้าหมายที่ 3 คือ การสร้างหลักประกันว่า คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ร้อยละ 50 ภายในปี 2573 โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน ให้สอดคล้องเป้าหมายของประเทศ

ตามตัวชี้วัดร่วมแบบบูรณาการ (Joint KPI) 3 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข และมีเป้าหมายการดำเนินงานการลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนตาม แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนปี 2561–2565 คือ ไม่เกิน 16.4 ต่อแสนประชากร⁶ การรับรู้อันตราย (Hazard Perception) เป็นความสามารถในการเข้าใจและทำนายสถานการณ์อันตรายบนท้องถนนได้อย่างถูกต้องโดยได้แบ่งรูปแบบการรับรู้อันตรายออกเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการคาดการณ์อันตรายจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral prediction hazard) เป็นอันตรายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ถ้าคนขับสามารถคาดการณ์จากพฤติกรรมที่เห็นของตัวบอกเหตุ และทำการตอบสนองได้ทันก่อนที่จะกลายมาเป็นอันตรายได้ 2) รูปแบบการคาดการณ์อันตรายจากสิ่งแวดล้อม (Environmental prediction hazard) เป็นอันตรายที่ไม่สามารถมองเห็นได้ในตอนแรก ดังนั้นคนขับต้องคาดการณ์จากสิ่งแวดล้อมที่เห็นเพื่อให้คนขับสามารถทำการตอบสนองได้ทันที่เมื่อวัตถุที่จะเป็นอันตรายโผล่มา และ 3) รูปแบบการคาดการณ์อันตรายที่ต้องเลือกและให้ความสนใจจดจ่อ (Dividing and Focusing Attention Hazard) เป็นอันตรายที่คนขับต้องเลือกจากตัวบอกเหตุหลาย ๆ ตัวที่มาพร้อมกันและตอบสนองต่อตัวบอกเหตุนั้นได้ก่อนเกิดอันตราย⁷

ข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน จังหวัดสุรินทร์ ปี 2560 – 2564 พบจำนวนผู้เสียชีวิตเท่ากับ 55 ราย, 36 ราย, 52 ราย, 34 ราย และ 33 ราย ตามลำดับ ในส่วนผู้บาดเจ็บรวมทั้งหมด เท่ากับ 9,842 ราย, 8,731 ราย, 8,412 ราย, 7,457 ราย และ 6,365 ราย ตามลำดับ โดยเมื่อจำแนกอำเภอเสี่ยงสูงมากตามการประเมินของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอำเภอเสี่ยงสูงมาก (สีแดง) คืออำเภอที่มีค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต อยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 1 (25 เปอร์เซ็นต์แรกของอำเภอทั้งหมด ทั้งการบาดเจ็บและเสียชีวิต) วิเคราะห์จากข้อมูลการบาดเจ็บที่มารับ

บริการที่หอผู้ป่วยนอก (OPD)/ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) และผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิตที่รักษาตัวที่หอผู้ป่วยใน (IPD) ซึ่งจังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 3 อำเภอ ได้แก่ เมืองสุรินทร์ ปราสาท และสังขะ ตามลำดับ โดยเมื่อแยกเป็นรายอำเภอ การบาดเจ็บและเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ปี 2560 – 2564 พบอำเภอที่พบการเสียชีวิตมากที่สุดคือ อำเภอเมืองสุรินทร์ พบจำนวนผู้เสียชีวิตเท่ากับ 28 ราย, 22 ราย, 33 ราย, 23 ราย และ 20 ราย ตามลำดับ รองลงมาคือ อำเภอปราสาท พบจำนวนผู้เสียชีวิตเท่ากับ 4 ราย, 6 ราย, 3 ราย, 3 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ และอำเภอสังขะ พบจำนวนผู้เสียชีวิตเท่ากับ 4 ราย, 3 ราย, 5 ราย, 1 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ⁴

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพทีมนำระดับจังหวัดเพื่อการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูงมาก จังหวัดสุรินทร์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง และแนวคิด Thailand Safe Youth Program (TSY Program) โดยกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในและภายนอกตัวบุคคล สร้างความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลว่าจะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนด ความคิด ความรู้สึก และจิตใจให้บุคคลสามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมนำจากศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ศปถ.จังหวัด) ในการดำเนินงานพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูงมาก และนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ลดลงได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน ก่อนและหลังการทดลอง

4. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตของเด็กและเยาวชน พื้นที่อำเภอเสี่ยงสูงมาก จังหวัดสุรินทร์ ลดลง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest One-group Design) โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

พื้นที่ในการวิจัย คือ อำเภอเมืองสุรินทร์ อำเภอปราสาท อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน จำนวน 2,244 คน ซึ่งคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเคริชซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan)⁵ ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 (95% CI) ระดับความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ($d = 0.05$) โดยคำนวณจากสูตรได้เท่ากับ 328 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน ของโรงเรียนมัธยมศึกษาของอำเภอเสี่ยงสูงมาก ได้แก่ อำเภอเมืองสุรินทร์ อำเภอปราสาท อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

2. สามารถอ่านออกเขียนได้

3. ผู้ยินยอมตนและผู้ปกครองของผู้ยินยอมตนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

4. ผู้ยินยอมตนและผู้ปกครอง ให้ข้อมูลตามแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

2. ผู้ปกครองไม่ให้การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประสบการณ์การขับซึ่รถจักรยานยนต์ ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการขับซึ่รถจักรยานยนต์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการขับซึ่ปลอดภัย และการรับรู้อุปสรรคของการขับซึ่ปลอดภัย โดยแบบสอบถามดัดแปลงจากแบบสอบถามของสุริวัลย์⁹ สร้างจากแนวคิดความเชื่อสุขภาพของเบคเกอร์¹⁰ ซึ่งเพนเดอร์นำแนวคิดนี้มาปรับปรุงใช้ในแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีข้อคำถามจากเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการขับซึ่ปลอดภัยจำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการขับซึ่ปลอดภัย 5 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีการให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ตั้งแต่ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ข้อคำถามเชิงลบ ตั้งแต่ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีการให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกตั้งแต่ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ข้อคำถามเชิงลบตั้งแต่ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 อันดับ คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง (มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์) และไม่ปฏิบัติเลย มีการให้คะแนนตั้งแต่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยโดยการอบรมและชี้แจงแนวทางการดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน การปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน และเตรียมหลักสูตรที่ใช้ในการอบรม

1.2 เชิญกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรม และระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการอบรม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

แบ่งเป็นการดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

1) ก่อนสัปดาห์ที่ 1 เก็บแบบสอบถาม Pre-Test

2) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตายในกลุ่มเด็กและเยาวชนภาพรวมของอำเภอทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจากการสอบสวนเชิงลึกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน และจัดทำข้อเสนอต่อศปจ.จังหวัดสุรินทร์

3) สัปดาห์ที่ 2 ขับเคลื่อนกลไกการทำงานของทีมในระดับจังหวัด โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน และข้อมูลจากการสอบสวน เพื่อให้เกิด

นโยบายและการวางแผนงาน กิจกรรม เป้าหมาย และติดตามประเมินผล

4) สัปดาห์ที่ 3 Empowerment of teamwork สร้างการทำงานของทีม ศปอ.อำเภอ พื้นที่อำเภอเสี่ยงสูงมาก และพัฒนาศักยภาพทีมนำ จังหวัดในการเป็นวิทยากร “ทักษะคิดการเอาชีวิตรอดจากภัยท้องถิ่น”

5) สัปดาห์ที่ 4 ร่วมกันออกแบบมาตรการกับเครือข่าย การแก้ไขปัญหาในเด็กและเยาวชนในพื้นที่ อำเภอเสี่ยงสูงมาก โดยการกำหนดมาตรการเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนและข้อมูลจากการสอบสวน ในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำกับดูแล ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครู ตำรวจ ผู้ปกครอง และอื่นๆ และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และปรับทัศนคติ ออกแบบมาตรการร่วมกัน

6) สัปดาห์ที่ 5-8 Life skill and Traffic Vaccination การฝึกอบรมให้ความรู้ “ทักษะคิดการเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” กับเด็กนักเรียนในพื้นที่ อำเภอเสี่ยงสูงมาก และการประเมินความเสี่ยงในการใช้รถใช้ถนน ตามแนวทางมนุษย์ปัจจัย (Human factor) และใช้เทคนิคการประเมินความเสี่ยง (Situation Awareness & SHELL Model) ในกลุ่มกับเด็กนักเรียนพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูงมาก

7) สัปดาห์ที่ 9 - 11 กิจกรรมติดตามเยี่ยมเสริมพลังโดยการลงพื้นที่โรงเรียน และกลไกการดำเนินมาตรการของโรงเรียน อำเภอเสี่ยงสูงมาก

8) สัปดาห์ที่ 12 Evaluation and feedback สรุปผลและประเมินผล การแก้ปัญหาการตายในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ และประเมินผลจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในระดับอำเภอเสี่ยงสูงมาก

9) หลังสัปดาห์ที่ 12 เก็บแบบสอบถาม Post-Test

10) คืนข้อมูลแก่ ศปอ.อำเภอ และจังหวัด (Evaluation and feedback)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentages) ค่าเฉลี่ย (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน การปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ COA No. 60/2566 เลขที่โครงการวิจัย 54/2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.8 รองลงมา เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.8 และเพศทางเลือก ร้อยละ 3.4 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 13-18 ปี มีอายุเฉลี่ย 16.02 ปี (S.D. = 1.509 ปี) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 26.5 รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 19.8 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 19.5 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของผู้ปกครองนักเรียนส่วนใหญ่ 3,000-15,000 บาท ร้อยละ 63.4 มีรายได้เฉลี่ย 8,853.35 บาท (S.D. = 7,231.081 บาท) โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 12 ได้ตอนอายุ 12 ปี ร้อยละ 30.8 ซึ่งอายุน้อยที่สุดคือ 7 ปี อายุมากที่สุดคือ 18 ปี มีอายุเฉลี่ย 12.02 ปี (S.D. = 1.977 ปี) ผู้หัดขี่จักรยานยนต์ให้นักเรียนเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 54.9 รองลงมาคือฝึกเอง ร้อยละ 21.0 และญาติพี่น้อง ร้อยละ 17.7 ตามลำดับ ผู้ปกครองอนุญาตให้ขี่

รถจักรยานยนต์ไปโรงเรียนเมื่อช่วงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 58.5 ส่วนใหญ่ไม่มีใบขับขี่ ร้อยละ 80.2 ซึ่งนักเรียนเคยประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 51.5 ส่วนใหญ่จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 46.7 โดยบาดเจ็บเล็กน้อยไม่ได้เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล ร้อยละ 75.7

2. การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ

การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างนักเรียน 328 คน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างนักเรียนส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.7 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 39.3 ตามลำดับ (คะแนนต่ำสุด 25 คะแนน, คะแนนสูงสุด 47 คะแนน และคะแนน

เฉลี่ย 35.02 คะแนน) ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.3 เป็นร้อยละ 65.5 (คะแนนต่ำสุด 27 คะแนน, คะแนนสูงสุด 50 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 38.33 คะแนน)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุของนักเรียน ก่อนและหลังการทดลอง (n=328)

การรับรู้	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	ความแตกต่างเฉลี่ย (S.D.)	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	35.02 (4.994)	3.31 (7.112)	2.54 – 4.08	< 0.001
หลังการทดลอง	38.33 (4.569)			

3. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกลุ่มตัวอย่างนักเรียน 328 คน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างนักเรียนส่วนใหญ่ มีระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.2 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 45.1 และระดับน้อย ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ (คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน, คะแนนสูงสุด 47 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 34.75 คะแนน) ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียน

ส่วนใหญ่มีระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.1 เป็นร้อยละ 66.5 (คะแนนต่ำสุด 29 คะแนน, คะแนนสูงสุด 49 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 38.29 คะแนน)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของนักเรียน ก่อนและหลังการทดลอง (n=328)

คาดหวังในผลลัพธ์	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	ความแตกต่างเฉลี่ย (S.D.)	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	34.75 (7.665)	3.54 (9.793)	2.47 – 4.60	< 0.001
หลังการทดลอง	38.29 (5.241)			

4. การปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน

การปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนนของกลุ่มตัวอย่างนักเรียน 328 คน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างนักเรียนส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน ในระดับพอใช้ ร้อยละ 82.3 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 17.1 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ (คะแนนต่ำสุด 33 คะแนน, คะแนนสูงสุด 50 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 42.94 คะแนน) ส่วนการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติตัว

เพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน ในระดับดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.1 เป็นร้อยละ 30.8 (คะแนนต่ำสุด 35 คะแนน, คะแนนสูงสุด 60 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 44.91 คะแนน)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนนของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนนของนักเรียน ก่อนและหลังการทดลอง (n=328)

การปฏิบัติตัว	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	ความแตกต่างเฉลี่ย (S.D.)	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	42.94 (4.546)	1.98 (6.638)	1.25 – 2.69	< 0.001
หลังการทดลอง	44.91 (4.798)			

สรุปและอภิปรายผล

1. การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ จากผลการวิจัย พบว่า ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ซึ่งก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างนักเรียนส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.7 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 39.3 ตามลำดับ

ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.3 เป็นร้อยละ 65.5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้วิจัยได้ทำกิจกรรมในโปรแกรมนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ดีวก่อนการทดลองทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเข้ารับกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถขับขี่รถจักรยานยนต์ให้ปลอดภัยขึ้นได้ โดยได้รับกิจกรรมที่สร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองครบทั้ง 4 วิธีตามที่เสนอไว้ในทฤษฎีการรับรู้

ความสามารถตนเองของแบนดูรา¹¹ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) ได้จัดกิจกรรมฝึกทักษะในการรับมือกับสถานการณ์จำลอง 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ทั้งจากตัวแบบที่มีชีวิต (Live model) และตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbol model) จะได้เรียนรู้เทคนิคและวิธีการแก้ไขปัญหามาจากตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยการใช้คำพูดกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ทั้งจากผู้วิจัยในช่วงทำกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมติดตามเยี่ยมเสริมพลังลงพื้นที่โรงเรียน การดำเนินมาตรการของโรงเรียน ในพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูงมากเพื่อกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนตนเองได้ รวมถึงมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อเปรียบเทียบว่าหลังช่วงทำวิจัยมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ลดลง

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่าความแตกต่างของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิษา ภูผิวก้าว และคณะ¹² ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการตอบสนองความตั้งใจในการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ จากการสาธิตและฝึกปฏิบัติในการขับขี่ที่ปลอดภัย พร้อมทั้งแจกคู่มือการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และยังคงพบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับมากทั้งในช่วงหลังการทดลอง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างนั้น เป็นกลุ่มที่ต้องการที่

จะคาดหวังต่อตนเองเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตตนเองอยู่แล้ว จึงมีผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้เป็นอย่างดี ดังนั้นเมื่อได้รับการเชิญให้เข้าร่วมโปรแกรม และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกจึงยังมีความคาดหวังที่สูงว่าตนเองจะต้องสามารถกระทำสำเร็จแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความคาดหวังรูปแบบความคิดช่วงแลกเปลี่ยนเรียนรู้แต่ละกลุ่มสามารถคิดและออกแบบกิจกรรมได้อย่างดี

3. การปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน พบว่า ความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนนของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ สอดคล้องกับการศึกษาของศิวาภรณ์ ศรีสกุล¹³ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของวรวิษา ภูผิวก้าว และคณะ¹² ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการป้องกันการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ และการปฏิบัติในการขับขี่รถจักรยานยนต์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เป็นเพราะการออกแบบกิจกรรมที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในของนักเรียนโดยเฉพาะความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้สำเร็จ การมีความพร้อมและความตั้งใจในการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของตนเองอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนการทดลอง รวมไปถึงการจัดให้มีกิจกรรมติดตามเยี่ยมเสริมพลังเพื่อให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ทั้งจากแหล่งที่เป็นทางการ (Formal source) ได้แก่ นักวิจัย และแหล่งที่ไม่เป็นทางการ (Informal source) จากทีม ศปถ.อำเภอ โดยมีผู้คนที่คุ้นเคยของนักเรียนยังทำให้กลุ่มตัวอย่างมุ่งมั่นให้สำเร็จเพราะรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ความหวังดีของบุคคลรอบข้าง

ที่มาจากแหล่งให้การเสริมพลังดังกล่าว⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา¹¹ ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีทั้งการรับรู้ความสามารถตนเอง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นที่สูง จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงการปฏิบัติตนอย่างแน่นอน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการกำหนดนโยบายการป้องกันการอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนภายในสถานศึกษาทุกระดับ เนื่องจากกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตมากที่สุดของทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะที่เข้าในระบบการศึกษา ควรมีการพัฒนาบุคลากรทางการศึกษาให้เข้ามามีบทบาทในการวางแผนกลยุทธ์ กิจกรรมร่วมกับคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ศปถ.จังหวัด) และศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)

2) ควรมีนโยบายด้านส่งเสริมการให้สถาบันการศึกษามีบุคลากรหลักในการฝึกอบรมให้ความรู้ ตามหลักสูตร “ทักษะคิดการเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” และจัดตั้งบุคลากรเสริมของคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) พร้อมกับพัฒนาศักยภาพผลิต 1 โรงเรียน 1 ครูทักษะคิด

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) ควรมีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ตามหลักสูตร “ทักษะคิดการเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” ให้กับนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน เพื่อให้นักเรียนมีทักษะ

มีการรับรู้ความสามารถตนเอง ทราบถึงผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน นำไปสู่การการปฏิบัติตัวเพื่อเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนนที่ดีขึ้น

2) ควรมีการจัดสรรบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับบุคลากรทางการศึกษา ในการวิเคราะห์ความผิดพลาดจากทักษะของนักเรียนที่เกิดอุบัติเหตุทางถนน ค้นหาช่องโหว่ของปัญหา เพื่อให้วางมาตรการในการกำกับดูแลในสถานศึกษา ชุมชน และอำเภอ รวมทั้งการจัดการสภาพแวดล้อมใดที่ต้องการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อแก้ไขให้ได้ทันทั่วทั้ง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการทดสอบการรับรู้อันตรายที่เสมือนจริงจากสถานการณ์จำลอง เปรียบเทียบกับการทดสอบเวลาตอบสนองผ่านการดูวิดีโอคลิปด้วย เช่น เปรียบเทียบการทดสอบแบบเดิมค่าและแบบตัวเลือก หรือเพิ่มวิธีการทดสอบเพิ่มเติมในรูปแบบต่างๆ เพื่อจะได้ข้อมูลสารสนเทศในรูปแบบต่างๆ และนำไปต่อยอดในการพัฒนาเป็นรูปแบบต่างๆ

2.2 ควรมีการศึกษาค้นหารูปแบบของการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุเพื่อส่งผลต่อการขับขี่ที่ปลอดภัยของนักเรียนที่ใช้รถใช้ถนน โดยการนำทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบร่วมกับผู้เรียนนั้นคือนักเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สินชัย ตันศิริธนา นนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณสมาชิกในกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด ในการให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ

โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ คณะทำงานของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ อำเภอปราสาท และอำเภอสังขะ พร้อมกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดสุรินทร์ ที่ให้อำนวยความสะดวกและ

ประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามโปรแกรมวิจัย และขอขอบคุณนักเรียนในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ อำเภอปราสาท และอำเภอสังขะ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. ครึ่งทางทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ราไทยเพลส จำกัด, 2563.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. อุบัติเหตุในช่วงโควิด-19. [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 กรกฎาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/?p=220892>.
3. ปัญญ์ จันทรพาณิชย์ และคณะ. โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาดูแลและบาดเจ็บ สำหรับเด็กและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ที่มีประสิทธิภาพ. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.). มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 2563.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ (IDCC : Injury Data Collaboration Center) [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 กรกฎาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://dip.ddc.moph.go.th/new/>.
5. งานป้องกันการบาดเจ็บ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา; 2564.
6. สุวรรณ ภู่อึ้ง และคณะ. ทักษะคิด ฝ่าวิกฤตอุบัติเหตุทางถนน. บริษัทเซฟตี้ อินฟินิตี้ จำกัด. โรงพิมพ์ดิสนีย์ปากเกร็ด นนทบุรี. 2561.
7. Lim, P. C., Sheppard, E., & Crundall, D. A predictive hazard perception paradigm differentiates driving experience cross-culturally. *Transportation Research Part F*. 2014; 26: 210-217.
8. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30(3): 607-610.
9. สุรวิทย์ สะอิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเทศบาลนครยะลา [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
10. Becker, M.H. The health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles B. Slack, Inc. 1974.
11. Bandura, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
12. วรวิภา ภูผาแก้ว, วิศิษฐ์ ทองคำ และนันทวรรณ ทิพนนตร. ผลของโปรแกรมขับขี่ปลอดภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร จากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*. 2561; 24(1): 76-85.
13. ศิวาภรณ์ ศรีสกุล. ผลของการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปกป้องสุขภาพต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
14. Catherine, A., Heaney, B., Israel, A. Social networks and social support. In Karen, G., Rimer, B.K. & Viswanath, K. (Eds.), (4th ed.) *Health behavior and health education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey – Bass; 2008.

การวิเคราะห์พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวต่อส่วนแสดงในสวนสัตว์นครราชสีมา

Tourist behavior evaluation on animal exhibition at Nakhon Ratchasima Zoo

(Received: July 28,2024 ; Revised: August 8,2024 ; Accepted: August 11,2024)

วิชิต กองคำ¹ วนิดา แผลงปัญญา²

Wichit Kongkham¹ Wanida Plangpanya²

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมนักท่องเที่ยวที่เข้าชมส่วนแสดงต่างๆ ภายในสวนสัตว์นครราชสีมา เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวในการพัฒนาองค์การสวนสัตว์ให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยทำการเก็บข้อมูลนักท่องเที่ยวที่เข้าชมสวนสัตว์นครราชสีมา จำนวน 1,318 กลุ่ม

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่มีรูปแบบครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 71) มีสมาชิกแบบกลุ่มในสัดส่วน 2-3 คน และ มากกว่า 4 คนขึ้นไป โดยคิดเป็นร้อยละ 49 เท่ากัน นักท่องเที่ยวนิยมเดินทางเข้าชมส่วนแสดงโดยใช้รถจักรยาน (ร้อยละ 43) จากผลการสำรวจระยะเวลาและจำนวนนักท่องเที่ยวที่เข้าชมส่วนแสดงพบว่ามีเพียง 5 ส่วนแสดงเท่านั้นที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจเต็ม 12 คะแนน ได้แก่ โชว์แมวน้ำ เต่าและสัตว์เลื้อยคลาน บ่อจระเข้ ลิงชิมแปนซี และช้างแอฟริกา ในขณะที่ส่วนแสดงที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดเพียง 4 คะแนน มี 3 ส่วนแสดง ได้แก่ ลิงไทย ชิมิตาร์-ฮอร์นออริกซ์ และวิลเดอร์บีส์

คำสำคัญ: สวนสัตว์, นักท่องเที่ยว, สัตว์, ความพึงพอใจ, นครราชสีมา

Abstract

This survey research by cross sectional study aimed to study tourist behavior in Nakhon Ratchasima Zoo to evaluate their satisfaction in order to develop zoo organization. The data of 1,318 tourist groups were collected.

The results show that the most tourists were in a relationship of family (71%) including members between 2-3 and more than 4 (49%). Cycling is the most popular vehicle to visit the exhibit with a ratio of 43%. Interestingly, there are 5 exhibits receiving the most satisfying (12 scores) including, seal show building, tortoise and reptile, crocodile, chimpanzee, and African elephant. In contrast, 3 exhibits got the lowest score (4) including, Thai monkey, scimitar-horned oryx, and wildebeest.

Keywords: zoo, tourist, animal, satisfaction, Nakhon Ratchasima

บทนำ

ปัจจุบันการดำเนินงานขององค์การสวนสัตว์แห่งประเทศไทยจะต้องเผชิญกับสถานะที่ไม่แน่นอน ทั้งจากปัจจัยภายนอกและภายใน ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยง และโอกาสที่มีผลกระทบเชิงลบ เช่น ความเสี่ยงด้านโครงสร้างพื้นฐาน พนักงานและลูกจ้าง เทคโนโลยี ภัยธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ภาวะเศรษฐกิจ และภาวะการเมือง เป็นต้น ดังนั้นในช่วงที่ผ่านมามีการสวนสัตว์แห่งประเทศไทยจึงได้มีการระบุความเสี่ยง 4 ด้าน เพื่อช่วยให้องค์กรสามารถลดสาเหตุของแต่ละโอกาสที่จะก่อให้เกิดความเสียหายได้ ซึ่งหนึ่งในด้านที่

สำคัญก็คือ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ที่มีความเสี่ยงจากจำนวนผู้เข้าชมและความพึงพอใจไม่ได้ตามเป้าหมาย ยุทธศาสตร์¹ การประเมินความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวเป็นหนึ่งในวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของสวนสัตว์ที่มีความสำคัญ เนื่องจากผลการประเมินดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงจุดเด่น และจุดด้อยขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของคุณภาพที่จะสามารถนำข้อมูลไปสู่การพัฒนาสวนสัตว์ได้ เช่น การตกแต่งภูมิทัศน์ ความสวยงามของสถานที่ สถาปัตยกรรม การจัดการสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่จอดรถ ศูนย์บริการนักท่องเที่ยว

¹ สวนสัตว์อุบลราชธานี

² สวนสัตว์นครราชสีมา

บริการร้านอาหาร-เครื่องดื่ม บริการอินเทอร์เน็ต บริการห้องสุขา สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ-ทุพพลภาพ ป้ายบอกทาง หรือรอบเวลาการแสดง เป็นต้น ซึ่งหนึ่งในการประเมินความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวนั้นสามารถทำได้โดยการศึกษาพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวว่ามีการใช้พื้นที่สวนสัตว์อย่างไร²³

พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวในสวนสัตว์จะมีความเชื่อมโยงกับ 3 ปัจจัย คือ 1. องค์ประกอบทางกายภาพของสวนแสดง เช่น ตั้งบนเส้นทางหลักหรือเส้นทางรอง เป็นตัวอาคารหรือลานจัดแสดงกลางแจ้ง 2. ตัวนักท่องเที่ยวเอง เช่น ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการเดินทาง ความเบื่อหน่ายที่เกิดจากการชมสัตว์ในกลุ่มเดียวกันที่มีลักษณะร่างกายคล้ายกันอย่างต่อเนื่อง 3. สัตว์ในสวนแสดง เช่น การเคลื่อนที่ ขนาดของตัวสัตว์ การเห็นตัวสัตว์ได้อย่างชัดเจนหรือไม่⁴ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวที่ใช้เวลาในสวนแสดงต่างๆ เพื่อนำไปวิเคราะห์ความพึงพอใจว่าอาจมีปัจจัยใดบ้างที่สนับสนุนให้นักท่องเที่ยวมีความพึงพอใจต่อสวนแสดงสัตว์ อีกทั้งปัจจัยใดที่ควรปรับปรุงและแก้ไขเพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่นักท่องเที่ยวได้มากที่สุด ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลนำไปประกอบการพัฒนาศักยภาพขององค์การสวนสัตว์ให้ดึงดูดนักท่องเที่ยวเข้ามาใช้บริการสวนสัตว์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมนักท่องเที่ยวที่เข้าชมสวนแสดงต่างๆ เพื่อประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาองค์การสวนสัตว์ให้มีคุณภาพมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross sectional study) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากร และการเก็บข้อมูล

ทำการเก็บข้อมูลนักท่องเที่ยวที่เข้าชมสวนสัตว์นครราชสีมาช่วงเวลา 09.00-16.00 น. ในวันที่ 7, 14 และ 21 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 1,318 กลุ่ม โดยใช้

วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane⁵ (1973) โดย N คือ จำนวนนักท่องเที่ยวที่เข้าชมสวนสัตว์นครราชสีมาในปี 2563 จำนวน 750,000 คน ส่วน e คือ ค่าความคลาดเคลื่อน 5 % ดังนั้นจำนวนกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เก็บข้อมูลในการศึกษานี้ต้องไม่น้อยกว่า 400 กลุ่ม โดยผู้เก็บข้อมูลจะอยู่ในจุดที่สามารถเห็นพฤติกรรมในขณะที่กลุ่มนักท่องเที่ยวเข้าและออกจากพื้นที่ชมสัตว์ทั้ง 35 สวนแสดง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูล เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลของพฤติกรรมนักท่องเที่ยว โดยแบบฟอร์มที่เก็บข้อมูลประกอบไปด้วย

1. พาหนะที่นักท่องเที่ยวใช้ในการเดินทาง ได้แก่ จักรยาน รถกอล์ฟ และรถพ่วง
2. ความสัมพันธ์ของนักท่องเที่ยว ได้แก่ เพื่อน และครอบครัว
3. จำนวนสมาชิกในกลุ่มนักท่องเที่ยว ได้แก่ 1 คน, 2 ถึง 3 คน และ 4 คนขึ้นไป
4. เวลาที่กลุ่มนักท่องเที่ยวเข้า และออกจากพื้นที่ชมสัตว์ (บันทึกเวลา ณ ขณะนั้นเป็น ชั่วโมง : นาที : วินาที) เพื่อนำไปใช้ในการคำนวณเวลาที่กลุ่มนักท่องเที่ยวอยู่ในพื้นที่ชมสัตว์ของกลุ่มนักท่องเที่ยวด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์ เอกซ์เซล
5. จำนวนกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เข้าชมแต่ละสวนแสดง

ตารางที่ 1 แบบบันทึกการเก็บข้อมูลนักท่องเที่ยวในสวนสัตว์นครราชสีมา

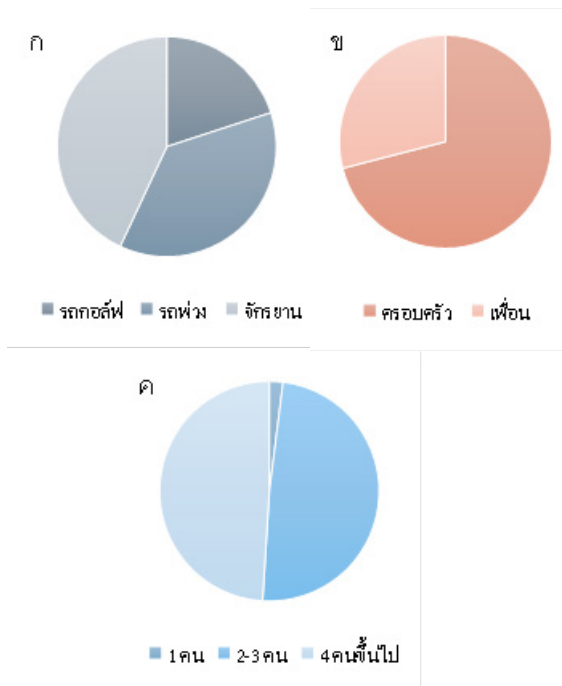
ส่วนแสดง.....วันที่.....		ผู้เก็บข้อมูล.....					
กลุ่มที่	การเดินทาง	จำนวนสมาชิก (คน)	ความสัมพันธ์	เวลาเข้า (ชั่วโมง: นาที:วินาที)	เวลาออก (ชั่วโมง: นาที:วินาที)		
1	รถพ่วง จักรยาน รถกอล์ฟ	1 2-3 > 4	ครอบครัว เพื่อน				
2	รถพ่วง จักรยาน รถกอล์ฟ	1 2-3 > 4	ครอบครัว เพื่อน				
.....	รถพ่วง จักรยาน รถกอล์ฟ	1 2-3 > 4	ครอบครัว เพื่อน				

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลทำการสรุปข้อมูลต่างๆ แล้วคำนวณหาค่าเฉลี่ยของเวลาที่กลุ่มนักท่องเที่ยวใช้ในพื้นที่ชมสัตว์ในส่วนแสดงแต่ละแห่ง ค่าร้อยละของกลุ่มนักท่องเที่ยวที่มาที่ส่วนแสดงแห่งนั้นโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มนักท่องเที่ยวทั้งหมดในวันนั้น และเวลารวมที่กลุ่มนักท่องเที่ยวอยู่ในพื้นที่ชมสัตว์ของส่วนแสดงแห่งนั้น จากนั้นให้คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีต่อส่วนแสดงทั้ง 35 แห่ง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีต่อส่วนแสดง

คะแนน	ร้อยละ นักท่องเที่ยว (กลุ่ม)	ค่าเฉลี่ย ของเวลา เข้าชม (นาท)	เวลาเข้าชม รวม (ชั่วโมง)
1	ร้อยละ 0.00 ถึง 5.00	0.00 ถึง 1.30	0.00 ถึง 4.00
2	ร้อยละ 5.01 ถึง 10.00	1.31 ถึง 3.00	4.01 ถึง 8.00
3	ร้อยละ 10.01 ถึง 15.00	3.01 ถึง 4.30	8.01 ถึง 12.00
4	มากกว่าร้อยละ 15.00	มากกว่า 4.30	มากกว่า 12

ผลการวิจัย



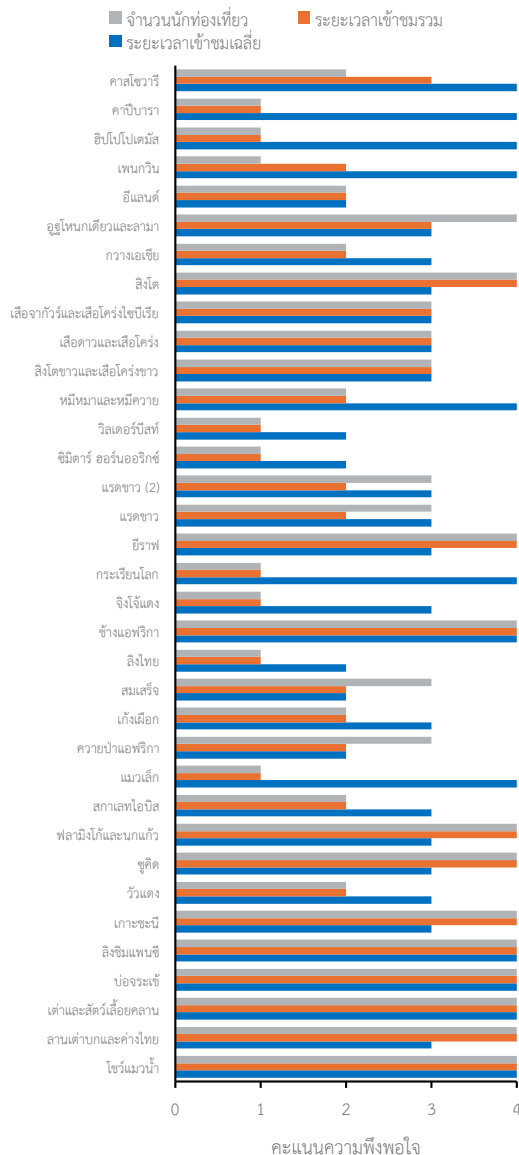
ภาพที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานของนักท่องเที่ยว

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่เดินทางเข้ามาชมส่วนแสดงโดยใช้รถจักรยาน ร้อยละ 43 ใช้รถพ่วง ร้อยละ 37 และใช้รถกอล์ฟ ร้อยละ 20 ในขณะที่นักท่องเที่ยวเข้าเยี่ยมชมส่วนใหญ่มากในรูปแบบครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 71) ตามมาด้วยแบบเพื่อน (ร้อยละ 29) และนักท่องเที่ยวนิยมเข้าชมสวนสัตว์แบบกลุ่มในสัดส่วน 2-3 คน และ มากกว่า 4 คนขึ้นไป โดยคิดเป็นร้อยละ 49 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ในขณะที่นักท่องเที่ยวที่มาคนเดียวคิดเป็นร้อยละ 2 เท่านั้น (ภาพที่ 1)

ความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว

จากผลการสำรวจพฤติกรรมนักท่องเที่ยวจำนวน 1,318 กลุ่ม (ภาพที่ 2) ที่เข้าชมสวนสัตว์นครราชสีมาพบว่าส่วนแสดงที่มีจำนวนนักท่องเที่ยวเข้าชมมากที่สุดมีทั้งหมด 12 ส่วนแสดง ได้แก่ ชูคิด ฟลามิงโกและนกแก้ว ยีราฟ เต่าและสัตว์เลื้อยคลาน ลานเต่าบกและค่างไทย ไชว์แมวน้ำ เกาะชะนี บ่อจระเข้ ชิมแพนซี ช้างแอฟริกา สิงโต อุฐโพนกเดียว และลามะ โดยคิดเป็นร้อยละ 35, 32, 28, 26, 25, 24, 24, 20, 19, 17, 17 และ 16 ตามลำดับ ในขณะที่ส่วนแสดงที่นักท่องเที่ยวใช้เวลาเข้าชมเฉลี่ยมากที่สุดมีทั้งหมด 12 ส่วนแสดง ได้แก่ ไชว์แมวน้ำ กระเรียนโลก เพนกวิน อีโปโปเตมัส แมวเล็ก คาปิบาร์า บ่อจระเข้ ช้างแอฟริกา คาสโซวารี เต่าและสัตว์เลื้อยคลาน ชิมแพนซี หมีหมาและหมีควาย โดยช่วงเวลาเฉลี่ยที่กลุ่มนักท่องเที่ยวเข้าชมส่วนแสดงดังกล่าวเป็นเวลา 20.53, 12.21, 8.18, 8.02, 5.53, 5.29, 5.28, 5.24, 5.17, 5.01, 4.39 และ 4.35 นาที ตามลำดับ และส่วนแสดงที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจมากที่สุดจากช่วงเวลารวมที่กลุ่มนักท่องเที่ยวใช้ในส่วนแสดงมีทั้งหมด 11 ส่วนแสดง ได้แก่ ไชว์แมวน้ำ เต่าและสัตว์เลื้อยคลาน ฟลามิงโกและนกแก้ว ชูคิด บ่อจระเข้ ชิมแพนซี เกาะชะนี ช้างแอฟริกา ลานเต่าบกและค่างไทย ยีราฟ และสิงโต โดยมีช่วงเวลารวมที่กลุ่มนักท่องเที่ยวใช้ในแต่ละส่วนแสดงทั้งหมด 79.24.18, 24.36.21, 23.28.26, 20.55.58, 20.07.34, 18.21.09, 18.11.29, 18.09.30, 17.33.24, 16.02.45 และ 12.29.55 ชั่วโมง ตามลำดับ



ภาพที่ 2 คะแนนความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวจาก
พฤติกรรมกรเข้าชมส่วนแสดง (ลำดับส่วนแสดง
เริ่มต้นจากด้านล่างขึ้นด้านบน)

เมื่อนำคะแนนความพึงพอใจทั้ง 3 ส่วน
ดังกล่าวมารวมกันแล้วพบว่ามีเพียง 5 ส่วนแสดง
เท่านั้นที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจเต็ม 12 คะแนน
ได้แก่ โซว์แมวน้ำ เต่าและสัตว์เลื้อยคลาน บ่อจระเข้
ชิมแพนซี และช้างแอฟริกา ส่วนแสดงที่ได้รับคะแนน
ความพึงพอใจ 11 คะแนน มี 6 ส่วนแสดง ได้แก่ ลาน
เต่าบกและค่างไทย เกาะชะนี ซุกิด ฟลามิงโกและ
นกแก้ว ยีราฟ สิงโต ส่วนแสดงที่ได้รับคะแนนความ

พึงพอใจ 10 คะแนน มีเพียง 1 ส่วนแสดง คือ อุฐโหนด
เดียวและลามะ ส่วนแสดงที่ได้รับคะแนนความพึง
พอใจ 9 คะแนน มี 4 ส่วนแสดง ได้แก่ สิงโตขาวและ
เสือดาวและเสือโคร่ง จากัวร์และเสือ
โคร่งไซปรี ศาลเจ้าอาวาส ส่วนแสดงที่ได้รับคะแนน
ความพึงพอใจ 8 คะแนน มี 3 ส่วนแสดง ได้แก่ แรด
ขาว แรดขาว(2) หมีหมาและหมีควาย ส่วนแสดงที่
ได้รับคะแนนความพึงพอใจ 7 คะแนน มี 7 ส่วนแสดง
ได้แก่ วัวแดง สกาเลทไอบิส ควายป่าแอฟริกา แก้ง
เผือก สมเสร็จ กวากเอเชีย เพนกวิน ส่วนแสดงที่ได้รับ
คะแนนความพึงพอใจ 6 คะแนน มี 5 ส่วนแสดง ได้แก่
แมวเล็ก กระเรียนโลก อีแลนด์ ฮิปโปโปแตมัส คาปิบา
รา ส่วนแสดงที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจ 5 คะแนน
มีเพียง 1 ส่วนแสดง คือ จิ้งจอกแดง และส่วนแสดงที่
ได้รับคะแนนความพึงพอใจ 4 คะแนน มี 3 ส่วนแสดง
ได้แก่ สิงโตไทย ซิมิตาร์-ฮอร์นออริกซ์ วิลเดอร์บีสท์

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าข้อมูลพื้นฐานของ
นักท่องเที่ยวที่เข้าชมสวนสัตว์นครราชสีมาสอดคล้อง
กับรายงานของสรุปผลความพึงพอใจโดยภาพรวมของ
ผู้ใช้บริการที่มีต่อสวนสัตว์ 6 แห่ง ประจำปี 2564⁶ ที่
พบว่าผู้เข้าชมส่วนแสดงมักนิยมเดินทางด้วยรถพ่วง
นำชม ซึ่งมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการเดินทางแบบ
ส่วนตัว เช่น รถกอล์ฟ ขณะเดียวกันการเดินทางเพื่อ
ชมสัตว์ด้วยรถจักรยานเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่เด็กชื่นชอบ
จนจึงส่งผลให้มีอัตราการใช้งานที่สูง นอกจากนี้
นักท่องเที่ยวนิยมเข้าชมสวนสัตว์เป็นกลุ่มใหญ่โดยมี
สมาชิกมากกว่า 2 คนขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ใน
รูปแบบครอบครัว กลุ่มเพื่อน และหมู่คณะ⁷

ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนความพึงพอใจของ
นักท่องเที่ยวต่อสวนสัตว์ประกอบไปด้วยหลายปัจจัย
เช่น ตัวนักท่องเที่ยว ชนิดสัตว์ และลักษณะทาง
กายภาพของส่วนแสดง เป็นต้น⁸ จากคะแนนความพึง
พอใจของการศึกษาในครั้งนี้พบว่าส่วนแสดงที่มีระดับ
ความพึงพอใจสูงมักจะตั้งอยู่ช่วงแรกของเส้นทางการ
เที่ยวชมสวนสัตว์ เช่น โซว์แมวน้ำ ลานเต่าบกและค่าง
ไทย เต่าและสัตว์เลื้อยคลาน บ่อจระเข้ ชิมแพนซี และ
เกาะชะนี เป็นต้น เนื่องจากในช่วงแรกของเส้นทาง

ร่างกายของนักท่องเที่ยวยังไม่เกิดการเหนื่อยล้าทำให้มีพลังและความสนใจที่จะชมสัตว์ในส่วนแสดง แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปนักท่องเที่ยวจะเริ่มเหนื่อยล้า โดยเฉพาะกลุ่มนักท่องเที่ยวเด็กจึงส่งผลให้การเข้าชมส่วนแสดงช่วงท้ายลดน้อยลง เช่น ส่วนแสดงฮิปโปโปแตมัส คาปิบาร์รา และคาสโซวารี เป็นต้น⁴

ปัจจัยจากลักษณะทางกายภาพของส่วนแสดงก็เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับคะแนนความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว เช่น ส่วนแสดงตั้งอยู่บนเส้นทางหลักหรือเส้นทางรอง จุดดึงดูดหรือความสวยงามของส่วนแสดง ป้ายบอกเส้นทางหรือป้ายบอกส่วนแสดง การตกแต่งภูมิทัศน์ ความสวยงามของสถานที่ สถาปัตยกรรม การจัดการสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่จอดรถ ศูนย์บริการนักท่องเที่ยว บริการร้านอาหาร-เครื่องดื่ม บริการอินเทอร์เน็ต บริการห้องสุขา สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ-ทุพพลภาพ ป้ายบอกทาง เป็นต้น ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าส่วนแสดงที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจรวมมากที่สุด 12 อันดับแรก มี 10 ส่วนแสดงที่ตั้งอยู่ในเส้นทางหลักจึงส่งผลให้กลุ่มนักท่องเที่ยวเดินทางเข้าชมสัตว์ได้สะดวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่เดินทางด้วยรถพ่วงนำเที่ยวที่ไม่สามารถกำหนดเส้นทางการเข้าชมได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีกลุ่มนักท่องเที่ยวสูงถึง ร้อยละ 37 ที่เดินทางด้วยวิธีนี้ ในขณะที่เดียวกันส่วนแสดงที่มีคะแนนความพึงพอใจรวมน้อยที่สุด 9 อันดับสุดท้าย พบว่ามี 4 ส่วนแสดงที่ตั้งอยู่ในเส้นทางรองซึ่งอาจทำให้นักท่องเที่ยวไม่เดินทางเข้าชมส่วนแสดงดังกล่าว^{2,3}

ปัจจัยสุดท้ายได้แก่ปัจจัยจากตัวสัตว์ เช่น ระยะห่างระหว่างตัวสัตว์และจุดชมสัตว์ พฤติกรรมธรรมชาติของสัตว์ ชนิดสัตว์ยอดนิยม ความสามารถของสัตว์ ขนาดของสัตว์ เป็นต้น หนึ่งในลักษณะสำคัญของสัตว์ที่สามารถดึงดูดความสนใจของนักท่องเที่ยวได้ คือ ความสามารถในการควบคุมสิ่งของไม่ว่าจะเป็นจากพฤติกรรมธรรมชาติ หรือการฝึกฝน จึงส่งผลให้ส่วนแสดงโชว์แมวน้ำ ชิมแพนซี ค่างไทย และชะนี ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรียา แสงพงศ์⁷ ที่พบว่า

นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่ นิยมเข้าชมสัตว์ที่มีความสามารถพิเศษ เช่น การโชว์ความสามารถของสัตว์ การแสดงสัตว์แอฟริกา การแสดงช้าง การแสดงนกเพนกวิน เป็นต้น หรือ การเข้าชมสัตว์ที่สามารถป้อนอาหารสัตว์ได้ นอกจากนี้ขนาดของสัตว์ยังเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความตื่นเต้น เช่น ช้างแอฟริกาที่มีน้ำหนักเฉลี่ยมากกว่า 2,500 กิโลกรัม และยีราฟที่มีน้ำหนักเฉลี่ยประมาณ 1,000 กิโลกรัม โดยทั้ง 2 ชนิดเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกลุ่มเท้ากีบขนาดใหญ่ ซึ่งช้างแอฟริกาจัดแสดงแห่งเดียวในประเทศไทยเฉพาะที่สวนสัตว์นครราชสีมาเท่านั้น และเป็นสัตว์ที่มีน้ำหนักมากที่สุดของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่อาศัยอยู่บนบก ส่วนยีราฟเป็นสัตว์ดาวเด่นประจำสวนสัตว์ และที่สวนสัตว์นครราชสีมา นักท่องเที่ยวสามารถให้อาหารแก่ยีราฟได้จึงส่งผลให้ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Knezevic et al.⁹ ที่รายงานว่าช้าง และยีราฟเป็นสัตว์ที่นักท่องเที่ยวต้องการเข้าชมมากที่สุด นอกจากนี้สัตว์ที่เป็นนกล่า และมีพฤติกรรมที่ดุร้ายก็ยังเป็นหนึ่งในกลุ่มสัตว์ที่นักท่องเที่ยวต้องการชม เช่น จระเข้ สิงโต สิงโตขาว เสือโคร่งขาว เสือดาว เสือโคร่งจากัวร์ เสือโคร่งไซบีเรีย เป็นต้น ในทางตรงกันข้ามกลุ่มสัตว์ที่มีลักษณะรูปร่างหรือพฤติกรรมใกล้เคียงกันจะได้รับความสนใจจากนักท่องเที่ยวน้อย เช่น เก้งเผือก กวางเอเชีย อีแลนด์ ซิมิตาร์-ฮอร์นออริกซ์ วิลเดอร์บีสท์ เป็นต้น

จากการจัดลำดับคะแนนความพึงพอใจทั้งหมด พบว่ามี 9 ส่วนแสดงที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจ 3 ลำดับสุดท้ายโดยส่วนแสดงแมวเล็ก กระเรียนโลก อีแลนด์ ฮิปโปโปแตมัส และคาปิบาร์รา ได้รับ 6 คะแนน ส่วนแสดงจิงโจ้แดง ได้รับ 5 คะแนน ส่วนแสดงลิงไทย ซิมิตาร์-ฮอร์นออริกซ์ และวิลเดอร์บีสท์ ได้รับ 4 คะแนน จากการวิเคราะห์สาเหตุที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจที่น้อยพบว่าหลายส่วนแสดงที่ตั้งอยู่ในเส้นทางการเที่ยวชมสายรอง และมีระยะห่างระหว่างตัวสัตว์และนักท่องเที่ยว นอกจากนี้ยังมีสัตว์หลายชนิดที่มีลักษณะทางกายภาพที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นสวนสัตว์จึงควรมีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อให้มี

จำนวนนักท่องเที่ยวในส่วนแสดงดังกล่าวเพิ่มขึ้น เช่น ป้ายบอกทางที่ชัดเจนโดยเฉพาะเส้นทางย่อย หรือป้ายเชิญชวนนักท่องเที่ยวที่มีความน่าสนใจเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยว นอกจากนี้การจัดกิจกรรม หรืออีเวนต์ก็สามารถเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถดึงดูดกลุ่มนักท่องเที่ยวได้ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมให้ความรู้ทางด้านภูมิศาสตร์ สังคม หรือสัตว์วิทยาที่เกี่ยวข้องกับชนิดสัตว์ในบริเวณส่วนแสดงนั้นๆ รวมทั้งการจัดกิจกรรมแจกรางวัล หรือกิจกรรมที่ให้นักท่องเที่ยวได้มีส่วนร่วมเป็นส่วนแสดง ขณะเดียวกันสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ก็มีผลต่อการตัดสินใจเข้าชมส่วนแสดงเช่นเดียวกัน เช่น ร้านค้า ห้องน้ำ พื้นที่พักผ่อน รวมถึงความสวยงามของทัศนียภาพที่สามารถถ่ายภาพได้

7,10,11

จากการเก็บข้อมูลนักท่องเที่ยวที่เข้าชมสวนสัตว์นครราชสีมา จำนวน 1,318 กลุ่ม พบว่ากลุ่ม

นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่มีรูปแบบครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71 โดยมีสมาชิกแบบกลุ่มในสัดส่วน 2-3 คน และ มากกว่า 4 คนขึ้นไป โดยคิดเป็นร้อยละ 49 เท่ากัน นักท่องเที่ยวนิยมเดินทางเข้าชมส่วนแสดงโดยใช้รถจักรยาน (ร้อยละ 43) จากผลการสำรวจระยะเวลาและจำนวนนักท่องเที่ยวที่เข้าชมส่วนแสดงพบว่า มีเพียง 5 ส่วนแสดงเท่านั้นที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจเต็ม 12 คะแนน ได้แก่ โชว์แมวน้ำ จัดแสดงเต่าและสัตว์เลื้อยคลาน บ่อจระเข้ ชิมแพนซี และช้างแอฟริกา

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการสอบถามความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวที่มีต่อส่วนแสดงต่างๆ เพื่อให้ได้ความพึงพอใจ หรือความต้องการที่แท้จริงของนักท่องเที่ยว ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญต่อการพัฒนาองค์การสวนสัตว์

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การสวนสัตว์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. คู่มือการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน องค์การสวนสัตว์แห่งประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ 2565. 2565. [สืบค้นเมื่อ 2 มี.ค. 67]. เข้าถึงจาก: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER6/DRAWER015/GENERAL/DATA0000/00000034.PDF>
2. ภัทรศิต ทังทอง. การพัฒนาสวนสัตว์ตามมาตรฐานสมาคมสวนสัตว์และสถานแสดงพันธุ์สัตว์น้ำโลก : บทเรียนเพื่อสวนสัตว์แห่งชาติของประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
3. ภัทรศิต ทังทอง และกมลทลทิพย์ พานิชภักดิ์. การวางแผนกลยุทธ์ ผังแม่บทและผลตอบแทนจากการบริหารโครงการสวนสัตว์กรณีศึกษา: สวนสัตว์ที่ได้รับมาตรฐานสากลในสหรัฐอเมริกา. สารคดี. 2564; 3/2564: 612-623.
4. Davey G. Visitor behavior in zoos: A review. *Anthrozoös*. 2006;19(2):143-157.
5. Yamane T. Statistics, an introductory analysis. New York: Harper and Row; 1967.
6. องค์การสวนสัตว์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. สรุปผลความพึงพอใจโดยภาพรวมของผู้ใช้บริการที่มีต่อสวนสัตว์ทั้ง 6 แห่ง ประจำปี 2564. 2564. [สืบค้นเมื่อ 2 มี.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.zoothailand.org/download/article/article_20220420152554.pdf
7. สุริยา แสงพงศ์. ความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวต่อการท่องเที่ยวสวนสัตว์เปิดเขาเขียว จังหวัดชลบุรี. วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง. 2560;6(2):99-133.
8. East D, Osborne P, Kemp S. and Woodfine T. Combining GPS & survey data improves understanding of visitor behaviour. *Tourism Management*. 2017;61:307-320.
9. Knezevic M, Zucko I and Ljustina M. Who is visiting the zagreb zoo: Visitors' characteristics and motivation. *Sociologija i prostor*. 2016;54(2):169-184.
10. Fernandez EJ, Tamborski MA, Pickens SR and Timberlake W. Animal–visitor interactions in the modern zoo: Conflicts and interventions. *Applied Animal Behaviour Science*. 2009; 120(1-2):1-8.
11. วันวิสาข์ ศรีกลั. ปัจจัยความสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและการกลับมาท่องเที่ยวสวนสัตว์. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

The Effects of promoting an individual and family self-management program on the control sugar level behavior and blood sugar levels among type 2 diabetic patients in Yang Yai tambon health promoting hospital, Suranari subdistrict, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: July 28,2024 ; Revised: September 9,2024 ; Accepted: September 11,2024)

ราเชนทร์ ประสพศิลป์¹

Rachen Prasopsil¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลระหว่างระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ระดับน้ำตาลเกาสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเกาสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ผลของโปรแกรม, การจัดการตนเองและครอบครัว, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ABSTRACT

The objectives of this study were to study the Effects of promoting an individual and family self-management program on the control sugar level behavior and blood sugar levels among type 2 diabetic patients. using a quasi-experimental research model, the sample consisted of 60 diabetic patients obtained by stratified random sampling, divided into 2 groups: the experimental group and the control group. Data were collected between October 2023 and March 2024. The tools used in the study were the tools used in the experiment. and tools used for data collection, including questionnaires. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation and t-test.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

The results of the study found that 1) Self-efficacy perception of diabetic patients After the experiment, the experimental group had a higher mean score of self-efficacy perception of diabetic patients than before the experiment, with statistical significance at the .05 level. Between the experimental and control groups, after the experiment, it was found that after the experiment, the experimental and control groups had a significantly different mean score of self-efficacy perception of diabetic patients at the .05 level. 2) Self-management and family behavior After the experiment, the experimental group had a higher average score of self-management and family behavior than before the experiment, with statistical significance at the .05 level. Between the experimental and control groups, after the experiment, it was found that after the experiment, the experimental and control groups had a higher average score of self-management and family behavior with statistical significance at the .05 level. 3) HbA1C level after receiving the program in the experimental group was significantly lower than before participating in the program at a statistical level of .05. After receiving the program, the experimental group had a statistically significant lower HbA1C level than the control group at a statistical level of .05.

Keywords: The Effects of promoting, individual and family self-management, Diabetes patients

บทนำ

จากรายงานของสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก (Global Report on Diabetes) ขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี ค.ศ. 2014 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 422 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2035 จะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน โดยในปี ค.ศ. 2014 ประเทศในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีความชุก ร้อยละ 8.6 (96 ล้านคน)¹ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก โดยปี พ.ศ. 2560 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงสุด ร้อยละ 9.42 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด รองลงมาคือ ทางตา ร้อยละ 4.91 ทางระบบประสาท ร้อยละ 3.11 และหลอดเลือดแดง ร้อยละ 1.73² ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานร่วมกับการมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว อาจเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตัวผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเบาหวาน³ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน⁴

การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในเรื่องสำคัญคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด⁵ การรับประทานยารักษาโรคเบาหวานตามแผนการรักษาซึ่งการรับประทานยาอย่างถูกวิธีและต่อเนื่องร่วมกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้ควบคุมน้ำตาลได้ดียิ่งขึ้น⁶ และการจัดการความเครียดซึ่งพบว่าส่งผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่เต็มที่ จากการที่ความเครียดทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลและกลูโคคอร์ติคอยด์ลงกระบวนกรย่อยสลายน้ำตาลลดลงมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้น⁷ อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลได้ หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁸ โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ การมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อให้จัดการดูแลตนเองได้ มีการกำกับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นบริบทที่ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดที่มีส่วนสำคัญในการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ทั้งการสื่อสารโดยตรงเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความมั่นใจมีกำลังใจในการควบคุมโรคเบาหวานมากยิ่งขึ้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลโดยครอบครัวมีส่วนร่วมคือการจัดการตนเองและครอบครัว⁹

การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานคือการที่ครอบครัวได้ให้การสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อวางแผนกำหนดพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานที่ต้องปฏิบัติ ตลอดจนการกำกับติดตามพฤติกรรมโดยครอบครัวมีการสื่อสารโดยการสอบถามถึงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้แสดงถึงความใส่ใจห่วงใยหรือกล่าวชื่นชมเพื่อให้กำลังใจ ทั้งยังมีการประเมินผลและสะท้อนคิดทั้งข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติที่ผ่านมาให้คำปรึกษา เป็นที่ระบายความรู้สึกเพื่อลดความเครียด ปลอดภัยหากการปฏิบัติที่ผ่านมาไม่สำเร็จหรือมีปัญหา ร่วมในการจัดการกับผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในแก้ไขปัญหาวางแผนเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมที่จะต้องปฏิบัติร่วมกันต่อไป การจัดการตนเองและครอบครัวเป็นการบูรณาการการจัดการตนเองรายบุคคลและครอบครัวทั้งนี้บุคคลแต่ละคนในครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ที่แตกต่างกันในการจัดการของครอบครัวเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁹

ข้อมูลสถิติอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าเมื่อปี พ.ศ.2563 ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 22,595 คน อัตราป่วย 891.03 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2564 ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 23,747 คน อัตราป่วย 919.11 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2565 ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 27,132 คน อัตราป่วย 1,046.26 ต่อแสนประชากร จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าอัตราป่วยของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ในปี 2565 จำนวน 297 ราย

(อัตรา 11.40 ต่อแสนประชากร)¹⁰ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่าเมื่อปี พ.ศ.2563 ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 782 คน อัตราป่วย 3,429.52 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2564 ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,125 คน อัตราป่วย 4,933.78 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2565 ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,115 คน อัตราป่วย 4,889.92 ต่อแสนประชากร และยังพบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้เป็นร้อยละ 27, 30 และ 35 ตามลำดับ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 125 คน และยังพบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 21 ราย¹¹ ในการดำเนินการผ่านมายังไม่มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในพื้นที่ ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer, & Gaelick¹² เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในทุกกระบวนการ เริ่มจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง และตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิต และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง¹³ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น สามารถจัดการต่อปัญหาสุขภาพของตนเอง อันจะทำให้ควบคุมอาการของโรคได้ การจัดการตนเองที่มาจากแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation)

โดยในการศึกษานี้ใช้กลยุทธ์การดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการตั้งเป้าหมายและการดำเนินการตามแนวคิดของ Kanfer, & Gaelick¹² ซึ่งศึกษาของ ศันสนีย์ กองสกุล¹³ ที่นำแนวคิดการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนไปใช้กับผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติด้วยตนเองจนทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การปฏิบัติโดยตัวผู้ป่วยเองจนทำให้หลังการทดลองผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าก่อนทดลอง ผู้วิจัยมีความสนใจในการนำแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการของครอบครัว มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงจัดจัดทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับครอบครัวกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer, & Gaelick¹² เก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ในการไปสู่เป้าหมายที่กำหนดรายบุคคลจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการกับพฤติกรรมของตนเองได้ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

และครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Two-group Design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 60 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,115 คน

เนื่องจาก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Two-group Design) และมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) จึงไม่มีความจำเป็นต้องคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง สามารถกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์คัดเข้า ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
- 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
- 3) ได้รับความรู้ระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน
- 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง
- 5) สามารถอ่านหนังสือและเขียนภาษาไทยได้
- 6) ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในขณะที่เข้าร่วมการทดลอง และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 2) กลุ่มเสี่ยงมีอาการป่วยอย่างอื่น (กระทันหัน) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเช่น ไข้หวัด เป็นลมหมดสติ ปวด ข้อ (อักเสบ) เป็นต้น 3) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 4) ผู้ป่วยที่มีแผนย้ายออกจากพื้นที่ ภายใน 3 เดือน 5) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาท ความผิดปกติทางพฤติกรรมและการสื่อสาร 6) ไม่ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทดลองการเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer, & Gaelick¹² เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่กำหนดซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) 4) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

2. เป็นแบบสอบถามผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ และระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (ฮีโมโกลบินเอวันซี) ครึ่งล่าสุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มี 2 ด้าน คือ 1) ประสิทธิภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง 2) ภาวะวิตกกังวลในการรักษาพยาบาล¹⁶ เป็นข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังต่อไปนี้

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในระดับมาก ว่าท่านสามารถทำกิจกรรมที่ระบุไว้ได้ ให้คะแนนเท่ากับ 5

ค่อนข้างมั่นใจ หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง ว่าท่านสามารถทำกิจกรรมที่ระบุไว้ได้ ให้คะแนนเท่ากับ 4

มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในระดับน้อย ว่าท่านสามารถทำกิจกรรมที่ระบุไว้ได้ ให้คะแนนเท่ากับ 3

ไม่ค่อยมั่นใจ หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นและไม่เชื่อมั่นพอๆกัน ว่าท่านสามารถทำกิจกรรมที่ระบุไว้ได้ ให้คะแนนเท่ากับ 2

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ท่านไม่เชื่อมั่นเลย ว่าท่านสามารถทำกิจกรรมที่ระบุไว้ได้ ให้คะแนนเท่ากับ 1

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้วิจัยประยุกต์มาจากเครื่องมือ Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) มี 4 ด้าน คือ 1) การจัดการระดับน้ำตาล 2) การควบคุมการรับประทานอาหาร 3) การออกกำลังกาย 4) การจัดการความเครียด และ 5) การจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน¹⁷ เป็นข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ดังต่อไปนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเองที่ระบุไว้ได้ ทุกครั้ง หรืออย่างสม่ำเสมอ 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 4

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเองที่ระบุไว้ได้ บ่อยครั้ง หรืออย่างสม่ำเสมอ 2 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 3

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเองที่ระบุไว้ได้ นานๆครั้ง หรืออย่างสม่ำเสมอ 1 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 2

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเองที่ระบุไว้เลย ให้คะแนนเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยโดยการอบรมและชี้แจงแนวทางการดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง และเตรียมหลักสูตรที่ใช้ในการอบรม

2. เชิญกลุ่มทดลองที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมและระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการอบรม

ระยะดำเนินการทดลอง

แบ่งเป็นการดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

1) ก่อนสัปดาห์ที่ 1 เก็บแบบสอบถาม Pre-Test

2) ขั้นตอนที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล ในด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดและให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมาย คือ

ลดระดับน้ำตาลให้มีค่าใกล้เคียงกับเป้าหมายของการรักษามากที่สุด

3) ขั้นตอนที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2-12) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล ในด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดและให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมาย คือ ลดระดับน้ำตาลให้มีค่าใกล้เคียงกับเป้าหมายของการรักษามากที่สุด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้วิจัยจะฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลให้กลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง

4) ขั้นตอนที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2-12) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างบันทึกการจัดการตนเองในแบบบันทึก แล้วนำข้อมูลมาพิจารณาและประเมินว่าการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ กรณีที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้วิจัยจะร่วมค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เป็นสาเหตุของปัญหา เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา

5) ขั้นตอนที่ 4 (สัปดาห์ที่ 2-12) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาต่อพฤติกรรมที่ได้มาจากระบบการประเมินตน ที่เกี่ยวกับการตั้งใจ คือ ถ้าพฤติกรรมเป้าหมายสอดคล้องกับมาตรฐานบุคคลจะพอใจ ให้เกิดแรงจูงใจให้เปลี่ยนแต่ถ้าพฤติกรรมนั้นต่ำกว่ามาตรฐาน จะทำให้บุคคลพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนด เมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สอดคล้องกับมาตรฐานจะต้องมีการเสริมแรง เพื่อเป็นการให้กำลังใจ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในปฏิบัติตน

6) หลังสัปดาห์ที่ 12 เก็บแบบสอบถาม Post-Test

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentages) ค่าเฉลี่ย (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired samples t-test และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย KHE2023-066

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุเฉลี่ย 51.90 ปี (SD = 4.21) สถานภาพคู่ ร้อยละ 73.30 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 46.70 อาชีพส่วนใหญ่ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 46.70 รายได้เฉลี่ย 8,993.33 บาทต่อเดือน (SD = 9,080.56) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 ปี (SD = 3.18) มีค่าระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ครั้งล่าสุดก่อนเข้าโปรแกรม ≥ 6.5 mg% ร้อยละ 86.66

1.2 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 มีอายุเฉลี่ย 52.83 ปี (SD = 5.05) มี

สถานภาพคู่ ร้อยละ 76.70 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 อาชีพส่วนใหญ่ค้าขาย ร้อยละ 36.70 รายได้เฉลี่ย 12,733.33 บาทต่อเดือน (SD = 8,951.72) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.87 ปี (SD = 3.32) มีค่าระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ครั้งล่าสุดก่อนเข้าโปรแกรม ≥ 6.5 mg% ร้อยละ 96.67

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.67 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.33 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 36.13 ± 6.42) และกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 32.50 ± 5.71) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 42.73 ± 7.07) และกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 30.00 และระดับน้อย ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 34.17 ± 8.40)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างกัน

เมื่อวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 36.67 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 105.13 $\pm$ 10.21) และกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 106.67 $\pm$ 6.17) หลัง

เมื่อวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C)

4.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ ตำบลสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 7.93, SD = 0.63) มีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X}$ = 8.46, SD

การทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.67 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 124.37 $\pm$ 6.48) และกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.33 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย = 106.60 $\pm$ 6.00)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ไม่แตกต่างกัน

= 0.88) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ไม่แตกต่างกัน

4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 7.93, SD = 0.63) มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 8.50, SD = 0.60) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ด้วยสถิติ t-test ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากผลการวิจัย พบว่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากแนวคิดของ Bandura, Lenz, & Shortridge-Baggett¹⁸ กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ โดยจะต้องมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง อธิบายได้ว่า การดำเนินการในกลุ่มทดลอง เป็นการดำเนินการตามองค์ประกอบของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทุกองค์ประกอบ ทำให้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองมีสูงขึ้น ดังนั้น การดำเนินการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ควรดำเนินการให้ครบตามองค์ประกอบของแนวคิด

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว จากผลการวิจัย พบว่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว ไม่แตกต่างกัน และพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่

จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self – management Theory) ของ Ryan & Sawin¹⁹ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถจัดการกับพฤติกรรมของตนเองภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมได้ โปรแกรมฯ มีส่วนช่วยสำคัญโดยการเสริมสร้างความเข้าใจตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวในการจัดการวิเคราะห์ความเสี่ยง รับรู้และมีประสบการณ์จากผลกระทบเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานผ่านกิจกรรม “รับรู้เข้าใจรับประสบการณ์ตรง” เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบผลการตรวจค่าระดับ HbA1C นำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับแผนป้ายป้องกันภาวะโรคเบาหวาน 7 สีที่บ่งบอกระดับความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เพื่อเรียนรู้ในการประเมินตนเองและวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้รับทราบระดับความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และได้รับรู้ประสบการณ์ของที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในกลุ่มสี่สีที่ใช้ฝาขวดติดบริเวณฝ่าเท้ารับรู้และมีประสบการณ์ของการเกิดภาวะตาบอด ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว รับทราบผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานเองและครอบครัวที่จะต้องดูแลใส่ใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-regulation) ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวมั่นใจในสมรรถนะของตนเองเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง ในกิจกรรมการกำกับตนเอง ได้แก่ กิจกรรม

“การตั้งเป้าหมาย” ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้เรียนรู้และฝึกการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ที่จะปฏิบัติครอบครัวละ 1 ถึง 2 เป้าหมาย

จากกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา ชลัธธรรมเนียม, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นาริรัตน์ จิตรมนตรี และ คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกุล²⁰ การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยได้แก่ อาการต่างๆ ของโรคเบาหวาน รวมทั้งการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้เห็นความสำคัญของการควบคุมพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น การที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติทำให้พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนร่วมโปรแกรม

3. ระดับน้ำตาลเกาสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเกาสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 7.93$, $SD = 0.63$) มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 8.50$, $SD = 0.60$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเกาสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเกาสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความรู้เพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลเกาสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Brunisholz KD,

Briot P, Hamilton S, et al.²¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ถึง 1.5 เท่าและมีระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมถึง 3 เท่า นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงอรุณ สุรวงศ์²² ที่พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ให้ลดลงต่ำกว่าก่อนร่วมโปรแกรม จึงสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self – management Theory)¹⁹ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวนำไปสู่การกระทำร่วมกันในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ ตำบลสุนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มีเนื้อหาที่เข้าใจง่ายต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวของผู้ป่วย โดยมีรูปแบบในการจัดกิจกรรมที่น่าสนใจและที่เหมาะสมซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการ

เปลี่ยนแปลงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองและการจัดการกับครอบครัว ทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้นดังนั้น จึงควรนำกลวิธีนี้ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มอื่นๆ ที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรนำรูปแบบกิจกรรมตามโปรแกรมฯ การวิจัยไปใช้ในการจัดทำโครงการให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วย

โรคเบาหวาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาความเข้าใจ ความเชื่อ ในการปฏิบัติตัวของผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้งกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและเพิ่มขึ้น

2. ควรมีการศึกษากการส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวโดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็นการจัดกิจกรรมเป็นรายครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2016). Global report on diabetes. France: World Health Organization.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2560. สืบค้นจาก <https://apps.boe.moph.go.th/boeeng/download/AESR-6112-24.pdf>.
3. จินตนา วัชรสินธุ์. (2560). การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>.
5. วิโรจน์ เจริญศรีสร้างสี. (2560). โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระบาดวิทยาการป้องกันและการสนับสนุนการจัดการตนเอง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
6. สิริมาส วงศ์ใหญ่, อมร ไกรดิษฐ์ และจิระภา นะแสง. (2560). โรคเบาหวานกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 33(3), 158-165.
7. วราลี วงศ์ศรีชา. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
8. กมลพร สิริคุตตบุตร, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสภาการพยาบาล. 32(1), 81-93.
9. เยาวลักษณ์ ครุชาติ . (2556). แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2565). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2565. (เอกสารอัดสำเนา).
11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่. (2565). ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน. นครราชสีมา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่.
12. Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1988). Self-management methods. lhelping people change. In Kanfer F.H. & Goldstein A.P. (Eds.), (pp.283-238). New York: Pergamon.
13. Coates, V. E., & Boore, J. R. (1995). Self-management of chronic illness: Implications for nursing. International Journal of Nursing Studies, 32(6), 628-640.

- 14.คันสนีย์ กองสกุล. (2552) ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 . มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์/กรุงเทพฯ. DOI: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/TU.the.2009.129
- 15.คณิตตา อินทบุตร. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 16.Hu, H., Li, G., & Arao, T. (2013). Validation of a Chinese version of the self-efficacy for managing chronic disease 6-item scale in patients with hypertension in primary care. ISRN Public Health, 2013, 298986. doi: 10.1155/2013/298986
- 17.Schmitt, A., Gahr, A., Hermanns, N., Kulzer, B., Huber, J., & Haak, T. (2013). The diabetes Self-management questionnaire (dsmq): Development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycemic control. Health and quality of life outcomes, 11(1), 1-14.
- 18.Bandura, A. (1997). The nature and structure of self-efficacy. New York: W.H. Freeman and Company.
- 19.Ryan, P. & Savin, K. J. (2009). The individual and family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nursing Outlook. 57(4). 217-225. doi: 10.1016/j.outlook.2008.10.004.
- 20.นิษฐา ขลังธรรมเนียม, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ คะนิงนิจ พงศ์ถาวรภม. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ทางอารมณ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก. 17(2), 135-144.
- 21.Brunisholz KD, Briot P, Hamilton S, et al. (2014). Diabetes self-management education improves quality of care and clinical outcomes determined by a diabetes bundle measure. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 7, 533–542.
- 22.แสงอรุณ สุรวงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม

The effects of dementia prevention program on the brain capacity of the elderly at risk of dementia

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 20,2024 ; Accepted: September 21,2024)

จักรกรินทร์ รัชวิจักขณ์¹
Chakrin Ratchawichak¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท และอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 46 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบสมรรถภาพของสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ โคสแควร์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ dependent t-test และ independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม,สมรรถภาพสมอง, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental research. The objectives of research was to compare brain capacity of the elderly before and after using the dementia prevention program. The sample group consisted of elderly people in Watsing district Chainat province and Nongchang district Uthai Thani province . Multistage sampling was performed and selected a purposive sample of 46 people, divided into a control group and an experimental group, 23 cases per group. The control group received normal care. The experimental group received a dementia prevention program. The tools used in the experiment include: Dementia prevention program. The tools used to collect data include general data recording forms and Mini-Mental State Examination Thai Version 2002. Data were analyzed by frequency, percentage, chi-Square, mean, standard deviation, dependent t-test and independent t-test statistics.

The results of this study showed that: 1) The experimental group's mean score of the brain capacity was significantly higher than before involving the program at the level 0.05 ($p < 0.01$) 2) The experimental group's mean score of the brain capacity was significantly higher than control group at the level 0.05 ($p < 0.01$).

Keywords : dementia prevention program, brain capacity, elderly

บทนำ

ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุรวมทั้งประเทศไทย พบว่า ใน พ.ศ.2566 ประชากรมากกว่า ร้อยละ 20 เป็นผู้สูงอายุและคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่

สังคมสูงอายุระดับสูงสุด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ¹ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยของร่างกาย รวมทั้งความสามารถในการจดจำการรับรู้เสื่อมถอยลง จนสูญเสียความสามารถทางสมอง หรือเรียกว่า “สมองเสื่อม” เมื่ออายุมากขึ้น

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท

โอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมก็เพิ่มมากขึ้นตามลำดับแบบทวีคูณ² จากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 11.4 ในขณะที่โอกาสและความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 4 เท่าทันทีเมื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป³ สอดคล้องกับคำกล่าวขององค์การอนามัยโลก⁴ ที่ว่า ภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้นของประชากร ภาวะสมองเสื่อมในวัยสูงอายุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและทวีความรุนแรง จากความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้มนุษย์มีชีวิตรับยืนยาวขึ้น ส่งผลกระทบต่อประชากรโลก คุณภาพชีวิตและภาวะพึ่งพาทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคม

องค์การอนามัยโลก⁴ ได้รายงานว่าการประชากรสูงอายุทั่วโลก มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 2.4 – 3.0 ล้านคน ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 770,000 คน หรือประมาณร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งประเทศ โดยสถิติพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่ามีจำนวนสูงขึ้นในทุกๆ ปี เฉลี่ยปีละ 100,000 คน ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี⁵ ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้น จึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่าโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศ ที่มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การเมืองและการสาธารณสุข และที่สำคัญโรคสมองเสื่อมจะเป็นปัญหาในอนาคตอันใกล้ของประเทศไทยเช่นกัน เนื่องจากคนไทยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น หากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมแล้วจะส่งผลกระทบอย่างมากต่อความผาสุกในชีวิตทั้งของผู้สูงอายุบุคคลในครอบครัว ตลอดจนญาติผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากสภาวะการณ์ปัจจุบัน ข้อมูลในการรักษาโรคสมองเสื่อมให้หายขาดนั้นยังไม่มีวิธีการที่ชัดเจน มีเพียงแต่ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน

หรือชะลอการเสื่อมของสมอง⁶ ถึงแม้ว่าภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่เชื่อว่าการลดปัจจัยเสี่ยงจะช่วยชะลอการดำเนินโรคจะมีผลให้อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมลดลง⁷ จึงมีความจำเป็นที่ทุกประเทศจะต้องให้ความสำคัญกับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งองค์การอนามัยโลก⁸ เสนอให้ทุกประเทศจัดทำโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับชาติ โดยเน้นการวินิจฉัยโรคในระยะแรกเริ่ม การกระตุ้นให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญของโรค ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรองหรือประเมินการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เพื่อให้การบำบัดและฟื้นฟูความสามารถในการคิดและสติปัญญาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแก่ครอบครัวและสังคมไทยในอนาคต

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในอำเภอสว่าง จังหวัดชัยนาท สถิติย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 5,254, 5,446 และ 5,598 คนตามลำดับ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (โรงพยาบาลวัดสิงห์, 2566)⁹ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพื่อใช้เป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และเป็นข้อมูลในการกำหนดกิจกรรมที่จะป้องกันภาวะเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2. หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท จำนวน 5,565 คน และอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 10,273 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงบวกเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จากที่คำนวณได้ ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 23 คน จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ได้แก่ 1) สุ่ม 1 ตำบลจาก 6 ตำบลของอำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท สุ่มได้ตำบลมะขามเฒ่า 2) สุ่มหมู่บ้านจากตำบลมะขามเฒ่า ได้หมู่ที่ 7 3) สุ่ม 1 ตำบลจาก 10 ตำบลของอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี สุ่มได้ตำบลหนองสรวง 4) สุ่มหมู่บ้านจากตำบลหนองสรวง ได้หมู่ที่ 1 โดยทั้ง 2 หมู่บ้านมี

ลักษณะทางภูมิศาสตร์และการดำเนินชีวิตของประชาชนที่มีความใกล้เคียงกัน จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค 3) ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่มีภาวะเป็นโรคทางจิตเวช 3) สามารถสื่อสารพูดคุยได้รู้เรื่อง 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพ เช่น เจ็บป่วยร้ายแรงในระยะที่ควบคุมไม่ได้ และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria) คือ ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยตลอดช่วงของการวิจัย

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลทั่วไปได้แก่ในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่างๆ และโรคประจำตัว ใกล้เคียงกันและเมื่อทดสอบด้วยไค-สแควร์ พบว่า ทุกตัวแปรของข้อมูลทั่วไป ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้กลุ่มตัวอย่างจากหมู่ที่ 7 ตำบลมะขามเฒ่า อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างจากหมู่ที่ 1 ตำบลหนองสรวง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ใช้เวลาดำเนินการทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 รู้ทันป้องกัน สมองเสื่อม (สัปดาห์ที่ 1)

ครั้งที่ 2 กินถูกหลัก ทำสมาธิ พักใจ ห่วงไกล สมองเสื่อม (สัปดาห์ที่ 2)

ครั้งที่ 3 ขยับกาย บริหารสมอง ผีกลสติ เพิ่มความจำ (สัปดาห์ที่ 3)

ครั้งที่ 4 -11เยี่ยมเสริมพลัง เพิ่มกำลังใจ
(สัปดาห์ที่ 4 - 11)

ครั้งที่ 12 แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่การประยุกต์ใช้
(สัปดาห์ที่ 12)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลในการศึกษา

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา อาชีพ การเข้าร่วมกิจกรรมของ
องค์กร/ชมรม/กลุ่มต่างๆ และโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพของสมอง
เบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State
Examination Thai Version 2002: MMSE-Thai
2002) จัดทำโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบ
สภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2545
สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข มีจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม
เกี่ยวกับการรับรู้ด้านเวลา (Orientation for Time)
การรับรู้ด้านสถานที่ (Orientation for Place) การ
จดจำ (Registration) ทดสอบสมาธิและการคำนวณ
(Attention/calculation) ความระลึกได้ (Recall)
การบอกชื่อสิ่งของ (Naming) การพูดตาม
(Repetition) การทำตามคำสั่ง (Verbal Command)
การทำตามคำสั่งจากตัวหนังสือ (Written
Command) การเขียน (Writing) การวาดรูป
โครงสร้าง (Visuoconstruction) เพื่อใช้ในการ
วินิจฉัยคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยแบบสอบถามนี้
มี 11 หัวข้อ มีจุดตัด (Cut of point) สำหรับคะแนน
ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive
impairment) ดังนี้

2.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ
อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ใช้จุดตัดที่คะแนน < 14
คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำ ข้อ
4, 9, 10)

2.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนหนังสือระดับ
ประถมศึกษา ใช้จุดตัดที่คะแนน < 17 คะแนน จาก
คะแนนเต็ม 30 คะแนน

2.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนหนังสือสูง
กว่าระดับประถมศึกษา ใช้จุดตัดที่คะแนน < 22
คะแนน จากคะแนน 30 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยนำไป
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความครอบคลุม
ของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่
ใช้และการจัดลำดับขั้นตอน หลังจากนั้นผู้วิจัย
นำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุง
แล้วจึงนำไปใช้กับผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ความตรง
ตามเนื้อหาของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม
มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ
1.00

แบบทดสอบสมรรถภาพของสมอง
เบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini - Mental State
Examination Thai Version 2002: MMSE - Thai
2002) พัฒนาจาก แบบทดสอบ MMSE ที่พัฒนาโดย
Folstein et al. โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบ
สมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย สถาบันเวช
ศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
¹⁰ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะสมอง
เสื่อมในผู้สูงอายุไทย สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ไม่รู้
หนังสือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ มีการทดสอบความ
ตรงตามเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดย
นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี
ภาวะสมองเสื่อมใน 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ชลบุรี
นครสวรรค์ ขอนแก่น ราชบุรี นครราชสีมา สุราษฎร์
ธานี และสงขลา ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือน
พฤษภาคม พ.ศ. 2545 โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะ
สมองเสื่อม จำนวน 120 ราย และผู้สูงอายุกลุ่มปกติ
ที่มีระดับการศึกษาต่าง ๆ จำนวน 614 ราย
คณะแพทย์ ประกอบด้วย จิตแพทย์ อายุรแพทย์ทาง
ประสาทวิทยา และอายุรแพทย์ทางผู้สูงอายุ ได้ทำ
การตรวจวินิจฉัยประชากรที่ศึกษาทุกราย เพื่อยืนยัน

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมและยืนยันการไม่เป็นภาวะสมองเสื่อมในประชากรปกติ พบว่า แบบทดสอบสมรรถภาพของสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีความแม่นยำ (Validity) และเชื่อถือได้ (Reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าจำเพาะ (Specificity) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาทและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ขั้นทดลอง

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยแก่

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน

2. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ข้อมูลทั่วไปพร้อมทั้งทำแบบทดสอบสมรรถภาพของสมอง จัดกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้กับกลุ่มทดลอง โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งโปรแกรมนี้อาจทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ก่อให้เกิดการพัฒนาความคิด ความเชื่อมั่น ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 โดยกลุ่มควบคุมจะดำเนินชีวิตตามปกติซึ่งจะดำเนินการทดลองทั้ง 2 กลุ่มพร้อมกัน

ขั้นหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินสมรรถภาพสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยค่า ไคสแควร์

3. จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มและทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน จึงทำตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Dependent t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เลขที่ 37/2566 วันที่รับรองโครงการ 18 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 56.52 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.52 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 43.48 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 43.48 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.52 มีการเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 47.83 โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 43.48

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 52.17 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.52 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 39.13 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 34.78 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.48 มีการเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 52.17 โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 43.48

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. คะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองหลังได้รับโปรแกรม

การป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ($n = 23$) และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ($n = 23$)

กลุ่มตัวอย่าง	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
กลุ่มทดลอง	23	23.19	2.74	26.11	2.51	-9.77	.001**
กลุ่มควบคุม	23	23.21	2.71	23.28	2.46	-0.99	.93

** $p < .01$

3. คะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่ม

ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีสมรรถภาพสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 23$) และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ($n = 23$)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
ก่อนการทดลอง	23.19	2.74	23.21	2.71	1.16	.733
หลังการทดลอง	26.11	2.51	23.28	2.46	7.15	.001**

** $p < .01$

สรุปและอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นประกอบไปด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อม เช่น อาการ สาเหตุ อาหาร การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกาย การบริหาร

สมองและการฝึกสติ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการบริหารสมองเพื่อกระตุ้นกระบวนการคิดและการจำ เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้อย่างชัดเจน ครอบคลุม เกิดการเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุดีขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุได้รับการฝึกสมองอย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน จึง

เป็นผลทำให้คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุดีขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของพัชรภรณ์ ไชยสังข์, ศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์, นิยม มาชมภู และจิราวรรณ ศิริโสม¹¹ ที่ว่า การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทำได้โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หมั่นฝึกสมองและทำงานเพื่อเพิ่มทักษะของสมอง รวมถึงการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น สามารถ ช่วยชะลอการเกิดโรคหรือชะลอความเสื่อมของสมองลงได้และสอดคล้องกับงานวิจัยของธัญญารัตน์ โอไนทัยสินทวี¹² พบว่าการออกกำลังกายแบบ (Aerobic Exercise) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที การฝึกใช้สมอง การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เป็นการช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้

2. คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมช่วยเพิ่มสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ฝึกการออกกำลังกาย บริหารสมอง และการฝึกสติ การติดตามและกระตุ้นเตือนโดยการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งการที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบกิจกรรมการให้ความรู้จากการบรรยายโดยใช้ power point เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสนใจในเนื้อหาที่สอนมากขึ้น และการใช้ power point ประกอบการบรรยายจะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเบื่อ และจดจำภาพที่เห็นเข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น และมีภาพไว้นิลประกอบการสาธิตการออกกำลังกาย การบริหารสมองและการฝึกสติ ร่วมกับการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ในมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น

ส่งผลให้สมรรถภาพสมองของกลุ่มทดลองดีขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของพนม คลีฉายา¹³ ที่ว่า การให้ความรู้ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องใช้เทคนิคหลายๆ อย่างและสื่อต่างๆ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายและการเปิดโอกาสให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กันในกลุ่มจะทำให้มีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น

ในส่วนของกิจกรรมการออกกำลังกายและการบริหารสมอง ตรงกับคำกล่าวของ Gill, Williams, Butki, & Kim¹⁴ ที่ว่าการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติทุกเพศทุกวัย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการทำงานของระบบประสาท มีการแตกแขนงเซลล์ประสาทในส่วนของเดนเทตไจรัส (Dentate Gyrus) ที่มีอยู่ในบริเวณฮิปโปแคมปัสซึ่งมีหน้าที่สำคัญ ในเรื่องของความจำ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งอะดรีนาลีนหรือนอร์อดรีนาลีนออกมา โดยสารนี้จะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทั้งซิมพาเทติก (Sympathetic Nerve System) และพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic Nerve System) ทำงานได้สมดุลกัน ส่งผลให้ความคิด และความจำดีขึ้น สอดคล้องกับ คำกล่าวของชลิต เชาววิไลย, วินัย พูลศรี และธีรนนท์ ตันพาดิษฐ์¹⁵ ที่ว่า การออกกำลังกายมีส่วนช่วยอย่างมากในการชะลอภาวะสมองเสื่อม และยังเพิ่มประสิทธิภาพ ในการทำงานของสมองได้มาก ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 52 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเดชา วรรณพาลูล¹⁶ พบว่า โปรแกรมฝึกบริหารสมองสามารถเพิ่มความจำระยะสั้นในผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำระยะสั้นเพิ่มขึ้น ในส่วนของการฝึกสติ ก็ช่วยป้องกันภาวะ สมองเสื่อมได้เช่นกัน ดังคำกล่าวของ วรสิทธิ์ ศิริพรพาดิษฐ์¹⁷ ที่ว่า การฝึกสติช่วยเพิ่มความหนาของ สมองใหญ่ชั้นนอก (cortical thickness) อันเป็นที่อยู่ของเซลล์ประสาทจำนวนมาก การเพิ่มความหนาของสมองใหญ่ในตำแหน่งดังกล่าว ถือเป็นกระบวนการสำคัญในการรักษา สภาพของสมองให้ยังคงทำงานได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ เพราะหากความหนาของสมองใหญ่ขึ้นนอกกลดลงในวัยสูงอายุ ก็จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง และนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้และการฝึกสติยังช่วยฟื้นฟูความสามารถในด้านความจำใช้งาน (working memory) และสมาธิจดจ่อ (attention) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มมีความบกพร่องด้านการรู้คิดเล็กน้อย (mild cognitive impairment) ซึ่งเป็นระยะก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม และยังช่วยเพิ่มความหนาของสมองใหญ่ขึ้นนอกได้หลายบริเวณ แสดงให้เห็นว่าการฝึกสติสามารถช่วยฟื้นฟูความเสื่อมของระบบประสาทในระยะแรกให้กลับมาดีขึ้นได้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมและคงไว้ในการใช้โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป
2. ควรมีการประชาสัมพันธ์ โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าถึง เข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง
3. ควรนำโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น ไปขยายผลให้กับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3

4. หน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการเรียนการสอน ในการบูรณาการด้านข้อมูล และความรู้ในการบริการวิชาการให้แก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งสามารถศึกษากระบวนการทั้งด้านระเบียบวิธีการวิจัย ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ความรู้ด้านสมองเสื่อม และการนำผลการศึกษามาเป็นกรณีศึกษาให้เกิดการเรียนรู้ ถึงกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม

5. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องและสนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำนโยบายการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อดูความต่อเนื่องของการปฏิบัติในทุก 3 เดือน, 6 เดือน หรือ 1 ปี
2. ควรมีการศึกษาวิจัยปัญหาและผลกระทบจากการใช้โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
3. ควรมีการศึกษาและพัฒนาต่อยอดรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงจาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731135832_95369.pdf.
2. กรมสุขภาพจิต. ผู้สูงอายุไทย “สมองเสื่อม” 8 แสนกว่าคน. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึง จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27994>.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ยากันลืม : คู่มือป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2558.
4. World Health Organization. Dementia. [Internet]. 2023. [cited 2023 December 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
5. กรมการแพทย์. กรมการแพทย์ห่วงสังคมสูงวัยพบผู้สูงอายุป่วยสมองเสื่อมมากขึ้นทุกปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ

- 12 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29302>.
6. วัลลภา อังคารา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนี และปัทมา วงศ์นิติกุล. การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2559; 8(1): 23-33.
7. Larson EB, Yaffe K, & Langa KM. New Insights into the Dementia Epidemic. The New England Journal of Medicine 2013; 369(December): 2275-2277.
8. World Health Organization. Dementia cases set to triple by 2050 but still largely ignored. [Internet]. 2012. [cited 2023 December 20]. Available from: http://www.who.int/media/entre/news/releases/2012/dementia_20120411/en/
9. โรงพยาบาลวัดสิงห์. สถิติผู้สูงอายุ. ชัยนาท : โรงพยาบาลวัดสิงห์; 2566.
10. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
11. พัชรภรณ์ ไชยสังข์, ศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์, นิยม มาชมภู, และจิราวรรณ ศิริโสม. ภาวะสมองเสื่อมและอาหารที่ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล 2564; 70(3): 39-48.
12. ัญญารัตน์ อโนทัยสินทวี. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2558.
- 13.พนม คลีฉายา. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้างภาวะพหุพลังและผลิตภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารนิเทศศาสตร์ 2564; 39(2): 56 -78.
14. Gill DL, Williams KL, Butki BD, & Kim BJ. Physical activity and psychological well-being in old woman. Woman's Health Issue 1997; 7(1): 3-9.
15. ชลิต เขาวัวไฉย, วินัย พูลศรี และธีรนนท์ ต้นพานิชย์. แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2565; 8(2): 8-15.
16. เดชา วรรณพาทูล. การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมสมอง สำหรับเพิ่มความจำระยะสั้นในผู้สูงอายุ : การศึกษาค้นคว้าอิสระ สัมพันธ์กับเหตุการณ์. วารสารราชชนก 2559; 13(30): 51-61.
17. วรสิทธิ์ ศิริพรพานิชย์. ฝึกสติ ฝึกสมอง จัดการความเครียดรับมือโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-8/>

ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน
สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1

Innovative Leadership of School Administrators Affecting the performance
of teachers in the Secondary Education Service Area Office Bangkok 1

(Received: August 12,2024 ; Revised: September 9,2024 ; Accepted: September 11,2024)

ทศวรรษ เกิดดี¹ ธดา สิทธิธาดา²

Thosawat Kerdthing¹ Thada Siththada²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา 2) ศึกษา
ระดับการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษากับการ
ปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน และ 4) ศึกษาภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครู
สายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นสถานศึกษาชั้น
พื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 จำนวน 59 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย
ผู้อำนวยการสถานศึกษา รองผู้อำนวยการสถานศึกษากลุ่มบริหารงานวิชาการหรือหัวหน้าฝ่ายวิชาการ และครูผู้สอน รวมทั้งสิ้น 354 คน
โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.993 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน 2) ระดับการ
ปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน 3) ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษากับการ
ปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับสูง เท่ากับ .834
และ 4) ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน ได้แก่ ด้านการทำงาน
เป็นทีม ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสร้างบรรยากาศองค์กรนวัตกรรม และด้านวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลง ร่วมกัน
พยากรณ์ความแปรปรวนของการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน ได้ร้อยละ 71.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม การปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน มัธยมศึกษา

Abstract

The purposes of this research were to: 1) Study the level of Innovative leadership of school administrators
in the secondary education service area office Bangkok 1; 2) Study the level of performance of teachers in the
secondary education service area office Bangkok 1; 3) Study the relationship between Innovative leadership of
school administrators and the performance of teachers and 4) Study Innovative leadership of school
administrators affecting the performance of teachers in the secondary education service area office Bangkok 1.
The sample of this study were 59 schools in the secondary educational service area office Bangkok 1. The
respondents were school administrators, teachers, head of academic administration subdivision in total 354
people. The research tool was a questionnaire that a confidence value of 0.993. The statistic used for analyzing
were the frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson product moment correlation and stepwise
multiple regression analysis. The research found that 1) the level of Innovative leadership of school
administrators were highest in overall, 2) The level of performance of teachers were highest in overall, 3)
Innovative leadership of school administrators was positively correlated

¹ นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Corresponding author: s64561802018@ssru.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษา สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

with performance of teacher's high level at .834 and 4) Innovative leadership of school administrators affecting the performance of teachers were teamwork, Information technology usage, creating an innovative organizational atmosphere and vision change. Predict variability of performance of teacher was 71.60 percent with a statistical significance at .05 level.

Keywords: Innovative Leadership, Performance of Teachers, Secondary Educational

บทนำ

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนและยกระดับการพัฒนาประเทศไปสู่เป้าหมายการเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วโดยขับเคลื่อนจากภูมิปัญญาและนวัตกรรมจึงจำเป็นต้องมีการวางรากฐานทรัพยากรมนุษย์ของประเทศอย่างเป็นระบบมุ่งเน้นการพัฒนาและยกระดับคนในทุกมิติและทุกช่วงวัยให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่ดี เก่ง มีคุณภาพพร้อมขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไปอย่างเต็มตามศักยภาพ การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สู่การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง เป็นนวัตกรรมคิด มีความสามารถในการวางแผนชีวิต การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาประเทศในมิติด้านสังคมและทรัพยากรมนุษย์ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต ตอบสนองต่อเป้าหมายด้านการพัฒนาคน สำหรับโลกยุคใหม่ โดยคนทุกช่วงวัยได้รับการพัฒนาในทุกมิติ การพัฒนา กำลังคนสมรรถนะสูง สอดคล้องกับความต้องการ มีความสามารถในการสร้างและใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม มุ่งสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต และสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข¹

กระบวนการเรียนรู้ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 และ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562² ความตามมาตรา 4 การศึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคลและสังคมโดยการถ่ายทอดความรู้ การฝึก การอบรม การสืบสานทางวัฒนธรรม การสร้างสรรค์ จรรโลงความก้าวหน้าทางวิชาการ การสร้างองค์ความรู้เกิดจากการจัดสภาพแวดล้อม สังคมการ

เรียนรู้และปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และมาตรา 6 การจัดการศึกษาต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ และคุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ตามแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2579³ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านที่ 3 การพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัย และการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ ผู้เรียนเป็นผู้สร้างสรรค์นวัตกรรมได้ องค์การทางการศึกษามีความสำคัญด้านการสนับสนุน และส่งเสริมการพัฒนาเยาวชนและบุคลากรของประเทศให้มีความรู้ ทักษะ ที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี นวัตกรรม และความคิดสร้างสรรค์ เพื่อเข้าสู่การศึกษา 4.0 โดยการขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี นวัตกรรม และมาตรา 39 พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545² ด้านการบริหารและการจัดการศึกษา ให้กระทรวงศึกษาธิการกระจายอำนาจการบริหารและการจัดการศึกษา ทั้งด้านบริหารวิชาการ ด้านบริหารงบประมาณ ด้านการบริหารงานบุคคล และด้านการบริหารงานทั่วไป ไปยังสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา และสถานศึกษา ดังนั้นผู้บริหารสถานศึกษา จึงมีความสำคัญในการนำพาองค์กรไปสู่ความเจริญทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และจำเป็นต้องเรียนรู้ นวัตกรรมในการบริหารการศึกษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร ผู้บริหารต้องมีวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลง การทำงานแบบมีส่วนร่วม และการทำงานเป็นทีม มีความคิดสร้างสรรค์ มีการบริหารความเสี่ยง มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีการสร้างบรรยากาศองค์กรนวัตกรรม⁴ การจัดการศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และนวัตกรรมดังกล่าวผู้นำจึงจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำ

เชิงนวัตกรรมในการบริหารสถานศึกษาให้มีประสิทธิภาพ

ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา เป็นความสามารถของผู้บริหารสถานศึกษา ที่ใช้ในการขับเคลื่อนองค์กร ทั้งคุณลักษณะภายในตนเอง สมรรถนะในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี นวัตกรรม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สนับสนุน ครู และบุคลากรทางการศึกษาให้สามารถปฏิบัติงานสำเร็จตามเป้าหมาย เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นไปตามมาตรฐานการศึกษาชาติ และส่งผลต่อการพัฒนาเยาวชน และบุคลากรของชาติ⁵ ประโยชน์ของการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านวิชาการให้เกิดประสิทธิภาพโดยอาศัยแนวทางการขับเคลื่อนการบริหารการศึกษาด้วยนวัตกรรม ที่ผู้บริหารสถานศึกษาต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งองค์ความรู้แบบเดิม การสร้างกระบวนการ และประสบการณ์ใหม่ ๆ บนพื้นฐานการสร้างนวัตกรรมการบริหารในด้านต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อการพัฒนาสถานศึกษา ครู นักเรียนซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการศึกษา การปฏิบัติงานของครู

สายงานการสอน มีหน้าที่หลักเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนด้วยวิธีที่หลากหลาย มีการศึกษา มีการวิเคราะห์ มีการวิจัย เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน ให้มีความรู้ มีคุณธรรม จริยธรรม ค่านิยมที่ดีงาม ปฏิบัติงานทางวิชาการของสถานศึกษาและมีการพัฒนาตนเองและวิชาชีพ มีการประสานความร่วมมือกับผู้ปกครอง ชุมชน หรือสถานประกอบการ เพื่อร่วมกันพัฒนาผู้เรียนตามศักยภาพ การบริการสังคมด้านวิชาการ⁶ ครูมีองค์ความรู้ตามมาตรฐานความรู้และมาตรฐานประสบการณ์วิชาชีพ ตามข้อบังคับของคุรุสภา ว่าด้วยมาตรฐานวิชาชีพ (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562⁷ ว่าด้วยการปฏิบัติหน้าที่มาตรฐานการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพครู ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติหน้าที่ครู มุ่งมั่นพัฒนา

ผู้เรียนด้วยจิตวิญญาณความเป็นครู ส่งเสริมการเรียนรู้ เอาใจใส่ และยอมรับความแตกต่างของผู้เรียนแต่ละบุคคล ครูมีการสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้เรียนได้ใฝ่เรียนรู้ และเป็นผู้สร้างนวัตกรรม ครูมีการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ศิษย์ มีคุณธรรม จริยธรรม และเป็นพลเมืองดี 2) การจัดการเรียนรู้ ครูมีส่วนร่วมในการพัฒนาและส่งเสริมหลักสูตรสถานศึกษา การจัดทำแผนการสอนและการจัดการเรียนการสอนที่เน้นตามความถนัดผู้เรียน และความสนใจ ให้เกิดปัญญาสามารถคิดวิเคราะห์ สู่ความเป็นนวัตกรรม มีความสุขในการเรียนรู้ ช่วยเหลือพัฒนา และรายงานผลการพัฒนาผู้เรียนเป็นรายบุคคลอย่างเป็นระบบ มีการทำวิจัยในชั้นเรียน สร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในชั้นเรียน และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนรู้ ร่วมทำงานเป็นทีมอย่างสร้างสรรค์ และเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนามหาวิทยาลัย มีการจัดทำสื่อการเรียนรู้ การวัดผลและประเมินผลการเรียนรู้ บูรณาการความรู้ การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ 3) ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองและชุมชนร่วมมือกับผู้ปกครอง ในการแก้ปัญหาและพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ในทางที่ดีมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับผู้ปกครอง และชุมชนสนับสนุนการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ศึกษาบริบทของชุมชน สามารถอยู่ร่วมกันบนพื้นฐานความแตกต่างทางวัฒนธรรม อนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น ปฏิบัติตนตามจรรยาบรรณของวิชาชีพครู⁸

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 เป็นหน่วยงานทางการศึกษาที่ขับเคลื่อนนโยบายการศึกษาจากหน่วยงานต้นสังกัด กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และได้กำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาและสถานศึกษา ตามแผนพัฒนาคุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐาน⁹ มีความสอดคล้องกับการขับเคลื่อนการศึกษาตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) มีวิสัยทัศน์ เป็นองค์กรนวัตกรรมการจัดการศึกษา บนพื้นฐานความ

หลากหลาย สู่เป้าหมายความเป็นหนึ่ง มีพันธกิจ จัดการศึกษาเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของสถาบันหลักของชาติ และการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข จัดการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เรียนให้มีความรู้ ทักษะวิชาการ วิชาชีพ ทักษะชีวิต ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน พัฒนาผู้บริหาร ครู และบุคลากรทางการศึกษาให้เป็นมืออาชีพ มีสมรรถนะด้านภาษา การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และมีสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพระดับนานาชาติ สร้างโอกาส ความเสมอภาคลดความเหลื่อมล้ำให้ผู้เรียนทุกคนได้รับบริการทางการศึกษาอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม จัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับ สิ่งแวดล้อม ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อบ่มเพาะเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) พัฒนาระบบการบริหารจัดการศึกษาเป็นองค์กรนวัตกรรมการจัดการศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษาต้องมีภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม มีวิสัยทัศน์พัฒนาองค์ความรู้ และประสบการณ์อยู่เสมอ จึงจะสามารถขับเคลื่อนสถานศึกษาไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล¹⁰

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 เพื่อนำผลที่ได้จากงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมไปใช้ในการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา และพัฒนาการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1

2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษากับการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1

4. เพื่อศึกษาภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ผู้วิจัยได้มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาหลักการ แนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน รวมไปถึงหลักการในการสร้างแบบสอบถาม

2. กำหนดขอบเขตของตัวแปร นิยามศัพท์เฉพาะ ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สถานศึกษาละ 6 คน ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการสถานศึกษา จำนวน 1 คน 2) รองผู้อำนวยการสถานศึกษากลุ่มบริหารงานวิชาการหรือหัวหน้าฝ่ายวิชาการ จำนวน 1 คน และ 3) ครูผู้สอน จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 354 ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครจซ์และมอร์แกน¹¹ โดยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้ทำด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

3. กำหนดกรอบข้อคำถามให้สอดคล้องกับงานวิจัยและร่างแบบสอบถามตามขอบเขตของนิยามศัพท์ แล้วนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติม จากนั้น

ดำเนินการปรับปรุงร่างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหาการวิจัยตามคำแนะนำให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยประเมินความสอดคล้องของนิยามศัพท์เฉพาะและข้อความถามของตัวแปรแต่ละตัว รวมถึงการใช้ภาษาที่เหมาะสม และขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

5. นำผลการประเมินแบบสอบถามที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ (Index of Congruence: IOC) โดยพิจารณาเลือกใช้ข้อความถามที่มีค่าดัชนีชี้วัดความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5

6. เมื่อได้ผลการประเมิน IOC แล้ว จึงดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำให้มีความถูกต้องเหมาะสม จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการประเมินค่า IOC และผ่านการปรับปรุงแล้วไปนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอรับความเห็นชอบ แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วจึงนำผลการทดลองมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เพื่อตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค¹²

7. นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นแล้ว ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยที่ผู้วิจัยจะดำเนินการขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาถึงผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 เพื่อขอเก็บข้อมูลจากสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย และนำผลมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งปัจจุบัน โดยหาความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ระดับการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษากับการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient)

5. วิเคราะห์ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

จากการวิจัยภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 พบว่า

1. ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 โดยภาพรวมอยู่

ในระดับมากที่สุด โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลง ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสร้างบรรยากาศองค์กรนวัตกรรม ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านความคิดสร้างสรรค์ ตามลำดับ

2. การปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ การพัฒนาตนเองและพัฒนาวิชาชีพ การจัดการเรียนการสอน การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน และการวัดและประเมินผล ตามลำดับ

3. ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาและการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง เท่ากับ .834 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสร้างบรรยากาศองค์กรนวัตกรรม และด้านวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลง ร่วมกันพยากรณ์ความแปรปรวนของการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน ได้ร้อยละ 71.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ผู้วิจัยได้พบ

ประเด็นที่น่าสนใจ ควรแก่การนำมาอภิปรายและนำเสนอ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน เรียงลำดับจากด้านวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลง ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสร้างบรรยากาศองค์กรนวัตกรรม ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านความคิดสร้างสรรค์ ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะองค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา เป็นกระบวนการการดำเนินงานที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ซึ่งผู้นำจำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลง มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีการสร้างบรรยากาศองค์กรนวัตกรรม มีการทำงานเป็นทีม และมีความคิดสร้างสรรค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐฉา ศิริสนธิ และโกวัฒน์ เทศบุตร¹³ ได้ศึกษา เรื่อง ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 3 พบว่า ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มี 3 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ที่เหลืออีก 2 ด้าน อยู่ในระดับมาก ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 3 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการมีบรรยากาศแห่งองค์การนวัตกรรม ด้านความคิดสร้างสรรค์ ด้านการมีคุณธรรม จริยธรรม และด้านการมีวิสัยทัศน์ และสอดคล้องกับชัยนาม บุญนิตย์¹⁴ ได้ศึกษา เรื่อง ภาวะผู้นำทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุโขทัย เขต 2 พบว่า องค์ประกอบภาวะผู้นำทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุโขทัย

เขต 2 มี 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ทางเทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้านความรู้ความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้านการบริหารงานโดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้านการสนับสนุนส่งเสริม การจัดโครงสร้างพื้นฐาน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในองค์กรด้านใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการจัดการเรียนการสอน ด้านการสร้างความรู้ความตระหนักและความเข้าใจจริยธรรมในการใช้งานเทคโนโลยีและนวัตกรรมสู่องค์กร ด้านใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการพัฒนาติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน และ ด้านความรู้ ภูมิหายการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม โดยปัจจุบันผู้บริหารสถานศึกษามีภาวะผู้นำทางเทคโนโลยีและนวัตกรรม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

2. การปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน เรียงลำดับจาก ด้านการพัฒนาตนเองและพัฒนาวิชาชีพ ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน และด้านการวัดและประเมินผล ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอนเป็นการปรับบทบาทผู้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้จัดประสบการณ์เรียนรู้ให้กับผู้เรียนสามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ครูผู้สอนมีความรู้และสั่งสมประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการสอนที่หลากหลายเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติจริง สอนให้น้อยลง เรียนรู้ให้มากขึ้น ครูผู้สอนเป็นครูฝึกหรือโค้ชพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดทักษะและประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ทักษะในการดำรงชีวิต และสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ผู้เรียน ครูผู้สอนมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะความชำนาญในสาขาวิชาของตนอย่างถ่องแท้ ครูผู้สอนพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้แบบร่วมมือเพื่อขยายความสามารถและนำไปสู่ทักษะการเรียนรู้พร้อมกัน ครูผู้สอนพัฒนาให้ผู้เรียนเป็นจุดศูนย์กลางของการเรียนรู้ ร่วมมือระหว่างเพื่อนครูในโรงเรียน บุคลากรทางการศึกษา และ

ผู้บริหาร โดยการจัดให้มีชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพ มีการวัดและประเมินผลตามสภาพจริง มีความละเอียดรอบคอบ มีความยุติธรรม ในการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียน ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมากเป็นอันดับสุดท้าย คือ จัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยาภรณ์ พลเสนา และพนายุทธ เขยบาล¹⁵ ได้ศึกษา เรื่อง ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาบึงกาฬ พบว่า 1) ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาบึงกาฬ อยู่ในระดับมาก 2) ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาบึงกาฬ อยู่ในระดับมาก 3) ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษากับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาบึงกาฬ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก และ 4) สมการพยากรณ์ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาบึงกาฬ ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สามารถใช้เป็นตัวแปรพยากรณ์ โดยมีอำนาจพยากรณ์ ร้อยละ 53.40

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษากับการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก เท่ากับ .834 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .667 - .804 ซึ่งมีความสัมพันธ์กันภายในตัวแปรอยู่ในระดับสูง โดยภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 สูงที่สุด คือ ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสร้างบรรยากาศองค์กรนวัตกรรม ด้านวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลง

และด้านการทำงานเป็นทีม ตามลำดับ อันดับสุดท้าย คือ ด้านความคิดสร้างสรรค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวุฒิ ศรีสนิท และโกวิวัฒน์ เทศบุตร¹³ ได้ศึกษา เรื่อง ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ร้อยเอ็ด เขต 3 พบว่า 1) ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มี 3 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ที่เหลืออีก 2 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด 2) ประสิทธิผลของสถานศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มี 3 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ที่เหลืออีก 1 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และมีความสัมพันธ์กัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aman-Ullah, Mehmood, Amin & Abbas¹⁶ ได้ศึกษา เรื่อง การปฏิบัติงานและผลกระทบของศักยภาพบุคคล ความรู้ และทักษะของบุคคลในการปฏิบัติงานในองค์กร บทบาทของผู้นำเชิงนวัตกรรม มีความสัมพันธ์กับศักยภาพบุคคล ความรู้และทักษะบุคคลกับการปฏิบัติงานขององค์กร พบว่า ชีตความสามารถของบุคคล ความรู้ และทักษะบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับผลการปฏิบัติงานขององค์กร

4. ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 พบว่า ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสร้างบรรยากาศองค์กรนวัตกรรม ด้านวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลง และด้านการทำงานเป็นทีม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 ได้ร้อยละ 71.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเรียงลำดับจาก ด้านของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอนมากที่สุด ไปยังด้านของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการ

ปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน น้อยที่สุด พบว่า ด้านการทำงานเป็นทีมส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอนมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวุฒิ ศรีสนิท และโกวิวัฒน์ เทศบุตร¹³ ได้ศึกษา เรื่อง ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ร้อยเอ็ด เขต 3 พบว่า ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มี 3 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ที่เหลืออีก 2 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ร้อยเอ็ด เขต 3 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการมีบรรยากาศแห่งองค์การนวัตกรรม ด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ ด้านการมีคุณธรรม จริยธรรม และด้านการมีวิสัยทัศน์ ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 พบว่า ด้านความคิดสร้างสรรค์ ไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อสังเกตผลการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมกับการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน นับได้ว่า ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมด้านความคิดสร้างสรรค์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .667 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง มีความเป็นไปได้ว่า ด้านความคิดสร้างสรรค์ เป็นตัวแปรที่คล้ายกับด้านการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้บริหารมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนางานให้เกิดประสิทธิภาพอยู่เสมอ ผู้บริหารมองโลกในแง่ดีและสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้โดยมองวิกฤติเป็นโอกาสอยู่เสมอ ผู้บริหาร

สนับสนุนการจัดการศึกษาที่ทันสมัยตรงตามบริบท การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย ผู้บริหารสามารถคิด คำตอบได้อย่างรวดเร็วและคล่องแคล่วในระยะเวลา ที่จำกัด ผู้บริหารกล้าแสดงออกมีความมั่นใจและกล้า ยอมรับความผิดพลาดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากผลกระทบใน การทำงาน ผู้บริหารมีทัศนคติเชิงบวกแม้ใน บรรยากาศที่ตึงเครียดและมองเห็นโอกาสในวิกฤติ อยู่เสมอ ผู้บริหารมีความสามารถในการคิดคำตอบ ในหลายด้านและมีวิธีการอย่างชาญฉลาดตาม สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้บริหารนำการเปลี่ยนแปลง โดยวิธีการคิดใหม่ ๆ ที่คนอื่นไม่ได้คิดมาก่อนเพื่อการ พัฒนาองค์กรอย่างแท้จริง ผู้บริหารสามารถ ตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการแก้ปัญหาแม้ใน สถานการณ์วิกฤติ ผู้บริหารเปิดใจเพื่อรับรู้และเรียนรู้ สิ่งใหม่ ๆ ที่กำลังเกิดขึ้นท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง ของสังคมไทย ส่วนด้านการทำงานเป็นทีมเป็น กระบวนการที่ผู้บริหาร ควบคุม ติดตาม และ ประเมินผลการทำงานเป็นทีมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ขององค์กร ผู้บริหารมีการวางแผนงาน มอบหมาย งานในการทำงานเป็นทีมอย่างชัดเจน ผู้บริหาร กระตุ้นให้บุคลากรทุกคนทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ร่วมกัน ผู้บริหารร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรค ทำให้ หน่วยงานเกิดความก้าวหน้าทั่วทั้งองค์กร ผู้บริหาร โน้มน้าวใจให้บุคลากรในองค์กรนำความรู้ ความสามารถมาใช้ประโยชน์ได้เต็มตามศักยภาพ ผู้บริหารรักษามลประโยชน์ให้กับบุคลากรทุก ๆ คน ในหน่วยงาน บนพื้นฐานความสามัคคี ผู้บริหาร บริหารความขัดแย้งต่าง ๆ ภายในหน่วยงานอย่าง สมานฉันท์ ผู้บริหารประสานงานภายในองค์กรเพื่อ การทำงานร่วมกันอย่างราบรื่น ผู้บริหาร มีการ สื่อสารการทำงานร่วมกันภายในองค์กรอย่างชัดเจน ผู้บริหารตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างผู้นำทีม ที่มีประสิทธิภาพให้กับทุกคนในองค์กร สอดคล้อง กับการศึกษาของ สุธรรม ธรรมทัศนานนท์ และ ประพนธ์ หลีสิน¹⁷ ได้ศึกษา เรื่อง โปรแกรมสร้าง ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาชั้น พื้นฐาน พบว่า 1) องค์ประกอบและตัวชี้วัดของภาวะ ผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาชั้น

พื้นฐาน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก 40 ตัว บ่งชี้ 2) สภาพปัจจุบันโดยรวม อยู่ในระดับมาก สภาพที่พึงประสงค์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ความต้องการจำเป็นด้านที่มีค่าสูงที่สุด คือ ผู้นำทาง ความคิดสร้างสรรค์ รองลงมา คือ ด้านการทำงาน เป็นทีม และด้านการสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ 3) โปรแกรมเสริมสร้างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของ ผู้บริหารสถานศึกษาชั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา 6 โมดูล กิจกรรม การพัฒนา และการวัดและประเมินผล ผลการ ประเมินโปรแกรม ฯ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับ มาก 4) การนำโปรแกรมเสริมสร้างภาวะผู้นำเชิง นวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาชั้นพื้นฐานไปใช้ พัฒากลุ่มเป้าหมาย คณะนศอดสอบก่อน - หลังการ ใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคณะนศาก่อนใช้ โปรแกรม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับ ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม โดยภาพรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญานิชา หามนตรี และพรเทพ ฐัณณ¹⁸ ได้ศึกษา เรื่อง แนวทางการเสริมสร้างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม ผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาพระนครศรีอยุธยา เขต 1 พบว่า ภาวะ ผู้นำเชิงนวัตกรรมผู้บริหารสถานศึกษา สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาพระนครศรีอยุธยา เขต 1 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็น รายด้าน พบว่า ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหาร สถานศึกษาสูงสุด คือ ด้านการทำงานเป็นทีมและมี ส่วนร่วม ด้านการเป็นแบบอย่างที่ดี และภาวะผู้นำ เชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาต่ำสุด คือ ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของ ผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครู สายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ที่กล่าวมาข้างต้น มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการพัฒนาการจัดการ เรียนรู้ ในศตวรรษที่ 21 ของสถานศึกษา เพื่อให้เกิด การพัฒนาอย่างยั่งยืน ผู้บริหารสถานศึกษาและ หน่วยงานในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

มัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ควรนำภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมดังกล่าว ไปพิจารณาเพื่อกำหนดเป็นนโยบายหรือแนวทางในการพัฒนาความสามารถของผู้บริหารสถานศึกษา และระบบการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลทางการบริหารงานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสร้างบรรยากาศองค์กรนวัตกรรม ด้านวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลง และด้านการทำงานเป็นทีมส่งต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ดังนั้นผู้บริหารสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูล ในการพัฒนาการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน ทั้ง 4 ด้าน ให้อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อสถานศึกษา ครู บุคลากรทางการศึกษา และนักเรียนในทุก ๆ ด้าน ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1.1 ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ดังนั้นจึงควรนำทั้ง 5 ด้าน ของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา ในการพัฒนาด้านความคิดสร้างสรรค์ ผู้บริหารมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อพัฒนางานให้เกิดประสิทธิภาพอยู่เสมอ ผู้บริหารนำการเปลี่ยนแปลงโดยวิธีการคิดใหม่ ๆ ที่คนอื่นไม่ได้คิดมาก่อนเพื่อการพัฒนาองค์กรอย่างแท้จริง ผู้บริหารสามารถ

ตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการแก้ปัญหาแม้ในสถานการณ์วิกฤติ และผู้บริหารเปิดใจเพื่อรับรู้และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่กำลังเกิดขึ้นท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

1.2 การปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ดังนั้นผู้บริหารสถานศึกษาควรบริหารงานวิชาการในการจัดการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้านการวัดและประเมินผล ครูจัดเก็บข้อมูลและผลการประเมินนักเรียนเป็นรายบุคคล ครูสามารถนำนวัตกรรม เทคโนโลยีมาใช้ในการวัดและประเมินผลของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครูจัดทำข้อมูลวิเคราะห์สถิติข้อมูลสารสนเทศนักเรียนเป็นรายบุคคล เพื่อตรวจสอบและส่งเสริมให้นักเรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีการวัดและประเมินผลการจัดการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และจิตพิสัย ใช้วิธีการวัดและประเมินผลตามสภาพจริงเพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนปรับปรุงพัฒนาผลสัมฤทธิ์และคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของนักเรียน ใช้เครื่องมือวัดและประเมินผลที่มีคุณภาพเหมาะสมกับประเด็นการประเมินและคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างผู้เรียน

1.3 ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ทั้ง 4 ด้านสามารถพยากรณ์ร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้บริหารสถานศึกษาควรนำทั้ง 4 ด้านนี้ของภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม ไปปรับใช้ในการบริหารงานวิชาการในการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการพัฒนาสถานศึกษา ให้สามารถสนองต่อนโยบายทางการศึกษา และความต้องการของผู้รับบริการต่อไป

1.4 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานควรให้ความสำคัญกับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหาร

สถานศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสร้างบรรยากาศองค์กร นวัตกรรม ด้านวิสัยทัศน์การเปลี่ยนแปลง และด้านการทำงานเป็นทีม เพื่อให้การบริหารการศึกษามีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน เพื่อนำผลข้อมูลการวิจัยที่ได้มาประกอบการพัฒนาและแก้ไขปัญหาการบริหารงานด้านการจัดการเรียนรู้ของผู้บริหารสถานศึกษาให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาความคาดหวังของครูและบุคลากรทางการศึกษาต่อภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สำหรับใช้ในการบริหารงานตามโครงสร้างการกระจายอำนาจ 4 ฝ่าย ได้แก่ กลุ่มบริหารงานวิชาการ กลุ่มบริหารงานงบประมาณ กลุ่มบริหารงานบุคคล และกลุ่มบริหารงานทั่วไป เพื่อร่วมกันพัฒนาการบริหารสถานศึกษาของผู้บริหารสถานศึกษาให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2.3 ควรศึกษาแนวทางในการพัฒนาหรือส่งเสริมภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมกับการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน ให้มีประสิทธิผลของผู้บริหารสถานศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้ ความกรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามและตลอดจนคำแนะนำต่าง ๆ ทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ผลการวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสถานศึกษาในสังกัดทั้ง 59 แห่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้บริหารสถานศึกษาและครูผู้สอนในสถานศึกษาชั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัยและขอขอบพระคุณบุคคลท่านอื่น ๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือผู้วิจัยในทุก ๆ ด้าน

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. (2566). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=13651&filename=develop_issue.
- 2.กระทรวงศึกษาธิการ [อินเทอร์เน็ต]. (2542). พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 และ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.moe.go.th/พรบ-การศึกษาแห่งชาติ-พ-ศ-2542/>
- 3.สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. (2560). แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.nhrc.or.th/ULIB/dublin.php?ID=10294>.
- 4.อาฟานตี คอลออาแซ และสร้อยณี อุสินยาง.(2565). ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ. 2(2): 125-140.
5. พรพิมล อินทรรักษา, นิลรัตน์ นวกิจไพฑูรย์, สุเวศ กลัษศรี และมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.(2564). แนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 4. วารสารพุทธสังคมวิทยาปริทรรศน์. 6(3):115-129.

6. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน [อินเทอร์เน็ต]. (2552). คู่มือการปฏิบัติงานข้าราชการครู. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://koob.samroiwit.ac.th/webdata/teacherflow.pdf>.
7. ข้อบังคับคุรุสภาว่าด้วยมาตรฐานวิชาชีพ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. (2562). ราชกิจจานุเบกษา หน้า 18-20 (20 มีนาคม 2562) [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th / DATA/PDF/ 2562/E/068/T_0018.PDF
8. ประกาศคณะกรรมการคุรุสภา [อินเทอร์เน็ต]. (2563). ราชกิจจานุเบกษา หน้า 10-14 (7 พฤษภาคม 2563) รายละเอียดของ มาตรฐานความรู้และประสบการณ์วิชาชีพครูตามข้อบังคับคุรุสภาว่าด้วยมาตรฐานวิชาชีพ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rachakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/109/T_0010.PDF
9. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 [อินเทอร์เน็ต]. (2566). แผนพัฒนาการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 พ.ศ. 2566 – 2570 กลุ่มนโยบายและแผน. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://eoffice.sesao1.go.th/info/school-group>
10. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1. [อินเทอร์เน็ต]. (2566). ข้อมูลโรงเรียนในสังกัด.[เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://eoffice.sesao1.go.th/info/school-group>.
11. Krejcie R.V. & Morgan D.W.(1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 30:607-610.
12. Cronbach L. J. (1963). Educational Psychology. New York: Harcourt Brace and World, Inc.
13. ณัฐฉิ ศรีสสินี และโกวัฒน์ เทศบุตร.(2563) ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของ สถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ด เขต 3. วารสารการบริหารและนเทศการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 11(1): 20-30.
14. ชัยนาม บุญนิตย.(2563). ภาวะผู้นำทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาสุโขทัย เขต 2. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต]. อดิเรก: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์.
15. ปิยาภรณ์ พลเสนา และพนายุทธ เขยบาล.(2564). ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการ ปฏิบัติงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาบึงกาฬ. วารสาร มจร อุบลปริทรศน์. 6(1):207-222.
16. Aman-Ullah A., Mehmood W., Amin S. & Abbas Y.A..(2022). Human capital and organizational performance: A moderation study through innovative leadership. Journal of Innovation & Knowledge. 7:1-9.
17. สุธรรม ธรรมทัศนานนท์ และประพนธ์ หลีสสิน.(2564). โปรแกรมสร้างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาขั้น พื้นฐาน. วารสารวิชาการแสงอีสาน มหาวิทยาลัยมหาภูมิราขวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน. 8(2): 59-72.
18. ณัฐนิชา หามนตรี และพรเทพ รุ่งแผน.(2565). แนวทางการเสริมสร้างภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมผู้บริหารสถานศึกษา สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาพระนครศรีอยุธยา เขต 1. วารสาร Roi Kaensam Academi.7(4): 347-361.

การบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์
สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1

Risk management of budget management at Benjamarachalai School under the Royal
Patronage of His Majesty the King in
the Secondary Education Service Area Office Bangkok 1

(Received: August 6,2024 ; Revised: September 9,2024 ; Accepted: September 11,2024)

ปาริชาติ ธรรมสุวรรณ¹ ธดา สิทธิธาดา²

Parichart Thamsuwan¹ Thada Siththada²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณ และนำเสนอแนวทางการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อำนวยการสถานศึกษา รองผู้อำนวยการสถานศึกษา และ ครูผู้สอน โรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ประจำปีการศึกษา 2566 จำนวน 80 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 อยู่ในระดับมาก 2) แนวทางการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 มี 6 ด้าน ประกอบด้วย ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ความเสี่ยงด้าน-ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และความเสี่ยงด้านความน่าเชื่อถือขององค์กรตามลำดับ

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยง การบริหารงานงบประมาณ โรงเรียน

Abstract

This research was survey research. The objectives were 1) to study the level of risk management in budget administration and to present the risk management guidelines in budget administration of Benjamarachalai School under the Royal Patronage, Office of the Secondary Education Service Area, Bangkok Area 1, which has a sample group of directors, deputy directors, and teachers of Benjamarachalai School under the Royal Patronage, Office of the Secondary Education Service Area, Bangkok Area 1, academic year 2023, totaling 80 people. The research instruments are questionnaires and interview forms, which are obtained by purposive selection. The statistics used for data analysis are percentage, mean, and standard deviation. For qualitative data, content analysis was used.

The research results found that 1) The level of risk management in budget administration of Benjamarachalai School under the Royal Patronage, Office of the Secondary Education Service Area, Bangkok Area 1, was at a high level. 2) The guidelines for risk management in budget administration of Benjamarachalai School under the Royal Patronage, Office of the Secondary Education Service Area, Bangkok Area 1, consisted of

¹ นักศึกษาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Corresponding author: s64561802029@ssru.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษา สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

6 aspects, namely, strategic risk, operational risk, compliance risk, information technology risk, and organizational credibility risk, respectively.

Keywords: Risk Management, Budget Management, School

บทนำ

จากการศึกษายุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ การเชื่อมโยง ประเด็นการพัฒนาตามที่กำหนดตามกรอบการบริหารราชการแผ่นดิน และการที่ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายอนาคตภาครัฐเป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศตามแนวทาง นโยบาย และทิศทางในระยะยาวที่กำหนดไว้นั้น ระบบบริหารจัดการภาครัฐจะต้องสามารถขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การพัฒนาอย่างมีบูรณาการ มีความต่อเนื่อง เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผล เปิดโอกาสให้ทุก ๆ ภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการบริการ สาธารณะ ตรวจสอบการดำเนินการของหน่วยงาน ภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ตลอดจนดำเนินการ ป้องกันและปราบปรามการทุจริตในสังคมได้อย่าง เหมาะสม เชื่อมโยงถึงกันและเปิดโอกาสให้ทุกภาค ส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อตอบสนองความต้องการ ของประชาชนได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และโปร่งใส การพัฒนาประเทศด้านมิติของการบริหารภาครัฐ ด้านความโปร่งใส ระบบการเงินการคลังของประเทศ มีการสนับสนุนตามเป้าหมายของการพัฒนาประเทศ ระบบงบประมาณแผ่นดินต้องสอดคล้องกับแผนเชิง ยุทธศาสตร์ แผนตามภารกิจ และแผนระดับพื้นที่ มีการรักษาวินัยการเงินการคลังภายใต้กรอบความ ยั่งยืนทางการเงินการคลัง การพัฒนาระบบและ วิธีการงบประมาณให้มีความคล่องตัวยืดหยุ่นกับ สถานการณ์การใช้จ่ายงบประมาณโปร่งใสเป็นไป ตามเป้าหมายในระยะยาวที่กำหนด¹ และสอดคล้อง ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 มิติด้านการบริหารจัดการภาครัฐ ประเด็นความ ยั่งยืนทางการเงินการคลัง และการบริหารงบประมาณของ รัฐ²

กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและ หลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับ

หน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และหลักเกณฑ์ กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐาน และหลักเกณฑ์ ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับ หน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2562³ และกรอบ COSO 2013⁴ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในองค์กร ประกอบด้วย ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่ เกิดจากการกำหนดแผนกลยุทธ์ แผนดำเนินงาน และการนำไปปฏิบัติไม่เหมาะสม หรือไม่สอดคล้อง กับปัจจัยภายใน และสภาพแวดล้อมภายนอก อัน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานตามพันธกิจ เงินกองทุน หรือการดำรงอยู่ขององค์กร ความเสี่ยง ด้านปฏิบัติการ ความเสี่ยงจากการขาดการกำกับ ดูแลกิจการที่ดี ขาดธรรมาภิบาลในองค์กร หรือการ ควบคุมภายในที่ดีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ ปฏิบัติงานภายใน บุคลากรระบบงาน หรือเหตุการณ์ ภายนอก และส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานตาม พันธกิจ ความเสี่ยงทางการเงิน ความเสี่ยงที่ เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการบริหารจัดการเงิน/ งบประมาณ เพื่อให้เกิดประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ เช่น การตัดสินใจใช้เงินเพื่อการลงทุนในโครงการ/ แผนงาน/กิจกรรมใหม่ การตัดสินใจจ่ายค่าตอบแทน พิเศษ การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของการใช้เงินเพื่อ การ ลงทุนในโครงการ/แผนงาน/กิจกรรมต่าง ๆ หรือการนำเงินงบประมาณที่เหลือจากโครงการหนึ่ง ไปใช้ในอีกโครงการ/แผนงาน/กิจกรรมหนึ่ง หรือไป ลงทุนในโครงการ/แผนงาน/กิจกรรมใหม่ ความเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับของ องค์กร คือ โอกาสที่องค์กรไม่ทำ ตามกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ ซึ่งจะมีผลต่อ การถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียน ความเสี่ยงด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ คือ ความเป็นไปได้ที่จะเกิด เหตุการณ์ที่คาดหวังหรือไม่คาดหวัง อันเนื่องมาจากการนำเทคโนโลยีมาใช้ โดยมีผลกระทบถึงระบบงาน และการปฏิบัติงานซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อ การดำเนินงานตามพันธกิจ⁵

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545⁶ กำหนดจุดมุ่งหมายและหลักการของการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นคุณภาพและมาตรฐานไว้ในหมวด 6 มาตรฐานและการประกันคุณภาพการศึกษา ประกอบด้วย “ระบบการประกันคุณภาพภายใน” และ “ระบบการประกันคุณภาพภายนอก” เพื่อรองรับการประเมินคุณภาพการศึกษาจากองค์กรที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปตามมาตรฐานการศึกษาของชาติ และระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544⁷ และ ตามองค์ประกอบของมาตรฐานการควบคุมภายใน ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้กำกับดูแลและฝ่ายบริหารจะต้องจัดให้มีในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการควบคุมภายใน โดยการประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) เป็นกระบวนการที่ใช้ในการระบุและการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการกำหนดแนวทางที่จำเป็นต้องใช้ในการควบคุมความเสี่ยงหรือการบริหารความเสี่ยงของผู้บริหารสถานศึกษาในการควบคุมและลดความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการศึกษา การบริหารความเสี่ยงของสถานศึกษาด้านงบประมาณเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการบริหารงานด้านการศึกษาซึ่งประกอบด้วย ความเสี่ยงด้านนโยบาย ความเสี่ยงด้านการเงิน ความเสี่ยงด้านทรัพยากรมนุษย์ ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยี เป็นต้น การบริหารความเสี่ยงเป็นการบริหารงานแต่ละด้านให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ซึ่งมีองค์กรที่ประสบกับความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ จึงต้องมีการวางแผนเพื่อลดและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประสิทธิผลและทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานลดลง องค์กรหรือสถานศึกษาต้องรักษา มาตรฐานและคุณภาพการศึกษาตามมาตรฐานการจัดการศึกษา และการบริหารความเสี่ยงของผู้บริหารสถานศึกษาเป็นกลไกสำคัญในการนำปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกองค์กร มาวิเคราะห์ เพื่อจัดทำแผนการป้องกันความเสี่ยง มีมาตรการ

ป้องกัน เครื่องมือในการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานอย่างเป็นระบบการบริหารความเสี่ยงมีการกำหนดขั้นตอนบริหารความเสี่ยงไว้ 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objective Setting) 2) การระบุความเสี่ยง เหตุการณ์ความเสี่ยง (Risk Identification) 3) การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) 4) การจัดการและการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง (Risk Response) และ 5) การรายงาน และ ติดตาม ผล (Reporting and Monitoring) ความเสี่ยงของสถานศึกษา ประกอบด้วย ความเสี่ยงด้านการเงิน ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์/ยุทธศาสตร์ ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบข้อบังคับ ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยี/การสื่อสาร ความเสี่ยงด้านทรัพยากรมนุษย์ ความเสี่ยงด้านความมั่นคง/ความมีเสถียรภาพทางการศึกษา ความเสี่ยงด้านการทุจริตและความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม⁸

โรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 กำหนด ขอบข่ายและภารกิจเป็นโรงเรียนที่เปิดสอนตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จัดการศึกษาตามนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 มีการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายในด้านการบริหาร ความเสี่ยงในสถานศึกษา ด้านการบริหาร งบประมาณของสถานศึกษา จำเป็นต้องมีแนวทางใน การดำเนินงานที่ชัดเจน มีแบบแผนการควบคุมและลดความเสี่ยงการใช้จ่ายด้านงบประมาณของสถานศึกษา

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นว่าสิ่งที่ควรพัฒนาที่เกี่ยวกับการบริหารสถานศึกษากับ การบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงาน งบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 แนวทางการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณ

ของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 เพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ การศึกษา เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไข ปรับปรุง ส่งเสริม ป้องกัน ความเสี่ยงด้านงบประมาณของ โรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยง ด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1
2. เพื่อนำเสนอแนวทางการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ผู้วิจัยได้มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

1. ศึกษาหลักการ แนวคิดและทฤษฎีจาก เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร ความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของ โรงเรียน รวมไปถึงหลักการในการสร้างแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์
2. กำหนดขอบเขตของตัวแปร นิยามศัพท์ เฉพาะ ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้อำนวยการสถานศึกษา รองผู้อำนวยการ สถานศึกษาและครูผู้สอนโรงเรียน เบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1

จำนวน 80 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้การกำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่างตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน⁹ โดยการ ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้ทำด้วยวิธีการสุ่ม อย่างง่าย และผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์ ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา ที่มีผลการประเมิน ตนเองอยู่ระดับดีเลิศและยอดเยี่ยม และมี ประสบการณ์ปฏิบัติหน้าที่อย่างน้อย 5 ปี และ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการบริหารความเสี่ยงด้านการ บริหารงานงบประมาณของโรงเรียน จำนวน 5 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง

3. กำหนดกรอบข้อคำถามให้สอดคล้องกับ งานวิจัยและร่างแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ตามขอบเขตของนิยามศัพท์ แล้วนำเสนอต่ออาจารย์ ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระเพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติม จากนั้นดำเนินการปรับปรุงร่างแบบสอบถาม และ แบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาการวิจัยตาม คำแนะนำให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของ แบบสอบถามโดยประเมินความสอดคล้องของนิยาม ศัพท์เฉพาะและข้อคำถามของตัวแปรแต่ละตัว รวมถึงการใช้ภาษาที่เหมาะสม และขอคำแนะนำ จากผู้เชี่ยวชาญ

5. นำผลการประเมินแบบสอบถามที่ได้มา คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับนิยามศัพท์เฉพาะ (Index of Congruence: IOC) โดยพิจารณาเลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีชี้วัดความ สอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5

6. เมื่อได้ผลการประเมิน IOC แล้ว จึง ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตาม คำแนะนำให้มีความถูกต้องเหมาะสม จากนั้นนำ แบบสอบถามที่ได้รับการประเมินค่า IOC และ ผ่านการปรับปรุงแล้วไปนำเสนอต่ออาจารย์ที่ ปรึกษาเพื่อขอรับความเห็นชอบ แล้วนำ แบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วจึง นำผลการทดลองมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามทั้งฉบับ เพื่อตรวจสอบหาความ

เชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบัค¹⁰

7. นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นแล้ว ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยที่ผู้วิจัยจะดำเนินการขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาถึงผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 เพื่อขอเก็บข้อมูลจากสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย และนำผลมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยต่อไป

8. แบบสัมภาษณ์ การสร้างและพัฒนาแบบสัมภาษณ์ วิจัยดำเนินการ ดังนี้

8.1 นำผลสรุปจากการวิเคราะห์แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ทุกด้าน จำนวน 6 ด้าน ไปสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์การบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1

8.2 เสนอแบบสัมภาษณ์ฉบับร่างต่ออาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดและมีความเหมาะสมของภาษา

8.3 ปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

8.4 สัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษาและบุคลากรทางการศึกษาโดยมีคุณสมบัติอยู่ในเกณฑ์ดังนี้ มีผลการประเมินตนเองของสถานศึกษาอยู่ในระดับดีเลิศและยอดเยี่ยม มีประสบการณ์ปฏิบัติหน้าที่ทางการบริหารการศึกษาน้อย 5 ปี และเป็นผู้มีความรู้ความสามารถด้านการบริหารสถานศึกษา จำนวน 5 ท่าน

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งปัจจุบัน โดยหาความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. นำเสนอแนวทางการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียน โดยการนำผลสรุปจากการวิเคราะห์แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 และนำตัวแปรที่ศึกษาทุกด้านไปสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยผู้บริหารสถานศึกษา และบุคลากรทางการศึกษา รวมทั้งสิ้น 5 คน โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 พบว่า 1. การบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

อยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ความเสี่ยงด้านความน่าเชื่อถือขององค์กร ความเสี่ยงด้านการเงิน ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ตามลำดับ

2. แนวทางการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 มีดังนี้

2.1 ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ดังนี้ ผู้บริหารต้อง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน จัดทำ แผนพัฒนาการบริหารงานงบประมาณ ที่สอดคล้อง กับนโยบายหน่วยงานต้นสังกัด วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนกลยุทธ์ของสถานศึกษา มีการ กำกับ ติดตาม เป็นระยะๆ มีการวิเคราะห์วัตถุประสงค์ แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้ชัดเจนว่า ตั้งแต่ เริ่มต้น จนเสร็จสิ้น มีการวางระบบจัดเก็บข้อมูลและ ประมวลผลข้อมูลให้ครอบคลุมรอบด้าน ประเมิน ความสอดคล้อง มีการกำหนดเป็นปฏิทินปฏิบัติงาน ให้ผู้ปฏิบัติทราบ และสรุปความก้าวหน้าของการ ดำเนินงานตามแผนเป็นรายไตรมาส ดำเนินการตาม แผนที่กำหนดไว้ทุกประการ โดยคำนึงถึงนโยบาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจที่กำหนดไว้เสมอ

2.2 ความเสี่ยงด้านการเงิน ดังนี้ ผู้บริหารต้อง มีการประชุมวางแผนการดำเนินงาน และจัดสรร งบประมาณอย่างทั่วถึง ให้ความสำคัญตามลำดับ ความจำเป็นเร่งด่วน อยู่บนฐานข้อมูลที่มีการสำรวจ รอบด้านถึงสาเหตุความจำเป็นในปัจจุบัน จัดสรร ตามความสำคัญของแผนงาน โดยให้ความสำคัญกับ แผนงานวิชาการเป็นอันดับแรก ตามด้วยแผนงาน บุคลากร บริหารงานทั่วไป และการเงินพัสดุ ตามลำดับแต่งตั้งเจ้าหน้าที่การเงินและผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นระบบชัดเจน มีการส่งเข้ารับการอบรมข้อมูล เกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายเป็นประจำทุกปี กำกับ ติดตาม การดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ทำให้การเบิก จ่ายเงินและรับเงินตามระเบียบการเงินการคลัง การ เบิกจ่ายเงินตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่

กำหนดไว้ กำหนดตารางเวลาผู้ปฏิบัติหน้าที่อย่าง เหมาะสม ทำงานเป็นปัจจุบันและมีการตรวจสอบ ควบคุมจากงานอื่น รายงานต่อหน่วยเหนือเป็น ประจำ ตรงตามระยะเวลาที่กำหนด จัดทำทุกวัน โดยมีบัญชีคุมเงินทุกรายการ มอบหมายหน้าที่ รับผิดชอบ กลั่นกรองกรณีการขอยืมเงิน มีการจัดทำ คู่มือ การจัดทำหลักฐานการยืมเงินให้ผู้ปฏิบัติได้ ศึกษา และมีตัวอย่างประกอบ การใช้จ่ายเงินยืมตาม กำหนดระยะเวลา แต่งตั้งคณะกรรมการตามระเบียบ และดำเนินการตามคู่มือที่มีการเปลี่ยนแปลงล่าสุด อย่างเคร่งครัด กำกับ ติดตามการจัดซื้อจัดจ้างตาม ระเบียบชัดเจน ดำเนินการตามระเบียบการจัดซื้อจัด จ้าง ผ่านขั้นตอนที่โปร่งใสเน้นประโยชน์สูงสุดของ โรงเรียน กำกับติดตามการจัดทำทะเบียนคุม ทะเบียนครุภัณฑ์ ใบเสร็จรับเงินเป็นระยะๆ โดยใช้ เทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้เป็นปัจจุบัน มีทะเบียน คุมทุกรายการ และลงรายการให้เป็นปัจจุบัน

2.3 ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน ดังนี้ ผู้บริหารแต่งตั้งคณะกรรมการนิเทศที่ชัดเจน และ กำหนดปฏิทินการนิเทศอย่างน้อยภาคเรียนละ 2 ครั้ง มีการเข้าร่วมการนิเทศ รายงานข้อมูล และร่วม สัมมนาเกี่ยวกับผลการนิเทศและนำไปกำหนดเป็น รูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นผู้ นำ ผู้ประสานงาน ผู้ดำเนินการ พร้อมทั้ง ติดตามตรวจสอบอย่างใกล้ชิด ใช้รูปแบบที่มี มาตรฐานสากล มีคณะกรรมการดำเนินงานระบบ ประกันที่ชัดเจน และดำเนินการทุกขั้นตอนเป็นไป ตามระยะเวลาที่กำหนด สำรวจความต้องการ และ มอบหมายงานบุคลากรปฏิบัติงานให้บรรลุตาม วัตถุประสงค์ ด้านการจัดสรรงบประมาณตามหลัก คุณธรรม ต้องจัดสรรและบริหารอย่างซื่อสัตย์สุจริต โปร่งใสตรวจสอบได้ ประเมินผลและรายงานการใช้ เงิน ด้านระดมทรัพยากรและการลงทุนเพื่อ การศึกษาตามหลักการมีส่วนร่วม ให้มีการประชุม จัดทำแผนเพื่อระดมทรัพยากรกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงาน มีการจัดทำเอกสารอย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน มี บัญชีทะเบียนคุมเงินถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับ

ด้านการบริหารพัสดุและสินทรัพย์ตามหลักความคุ้มค่า มีบัญชีคุมพัสดุ และบริหารให้เกิดประโยชน์สูงสุด บังคับความคิดเห็นที่อยู่รอบๆ ด้าน วางแผนบนการเปลี่ยนแปลงที่มีแผนรองรับกรณีเกิดเหตุการณ์เฉพาะหน้า และเน้นให้มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ รับฟังความคิดเห็นที่อยู่รอบๆ ด้าน วางแผนบนการเปลี่ยนแปลงที่มีแผนรองรับกรณีเกิดเหตุการณ์เฉพาะหน้า และเน้นให้มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ กำกับ ติดตามและควบคุมดูแลให้ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจให้ทำหน้าที่บริหารจัดการกระบวนการเพื่อใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดคุ้มค่าได้ผลตามเป้าหมายเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง

2.4 ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย
ดังนี้ ผู้บริหารจัดการทำคู่มือการปฏิบัติงานของทุกกลุ่มงานเป็นรายบุคคล กำกับ ติดตามให้ทุกงานมีการจัดทำปฏิทินและคู่มือการปฏิบัติงานให้บุคลากรทุกคนศึกษากฎหมาย และปฏิบัติตามตามระเบียบจรรยาบรรณวิชาชีพครูอย่างเคร่งครัดมีการเน้นย้ำแนวทางการป้องกันเหตุที่เกิดจากการปฏิบัติผิดวินัยกฎหมาย มาตรการและข้อกำหนดเป็นประจำสม่ำเสมอ สร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์แนวทางการปฏิบัติงานที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ทำหนังสือแจ้งเวียนให้ทุกคนศึกษา นำเข้าระเบียบวาระการประชุมประจำเดือนของโรงเรียน โดยนำมาชี้แจงในที่ประชุม ตามวาระที่ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง

2.5 ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
ดังนี้ ผู้บริหารศึกษาคู่มือและระเบียบที่เกี่ยวข้องนำเข้าในระเบียบวาระการประชุมประจำเดือนของโรงเรียน และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบวิธีการที่ชัดเจนและระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังภัยจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และสื่อที่เหมาะสม โดยตรวจสอบจากการใช้งานคอมพิวเตอร์ หลังจัดการเรียนการสอนให้กับผู้เรียน เน้นย้ำเรื่องภัยจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และสื่อที่เหมาะสม ให้ความรู้และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้บุคลากรใช้ระบบซอฟต์แวร์

ระบบงานด้านงบประมาณที่มีลิขสิทธิ์ใช้งานอย่างถูกต้อง ก่อนนำมาใช้งาน สรรหาผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องทักษะการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการบริหารงานงบประมาณ นำมาลดภาระการปฏิบัติงานทุกกลุ่มงาน และจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม จัดอบรมเชิงปฏิบัติให้ผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้จริง อบรมทั้งทางออนไลน์ และที่หน่วยงานจัดอบรม ส่งเสริมสนับสนุนให้ครูและบุคลากรในสังกัดได้รับการพัฒนาตนเองที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีโดยตรงและได้นำความรู้ที่ได้มาแนะนำและถ่ายทอดกับครูและบุคลากรในสังกัดได้ใช้งานไปในทิศทางเดียวกันและการใช้สื่อ เทคโนโลยีเข้ามาช่วย มีอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่พร้อมและทันสมัย ระบบการให้บริหารทางเครือข่ายมีความเสถียรและรวดเร็ว ส่งครูเข้ารับการพัฒนาโปรแกรมใหม่ๆ และนำมาใช้ในกลุ่มงานต่าง ๆ

2.6 ความเสี่ยงด้านความน่าเชื่อถือขององค์กร
ดังนี้ ผู้บริหารควบคุม ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านงบประมาณให้มีคุณภาพและบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร มอบหมายให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่จัดทำสารสนเทศประกอบการกำกับควบคุม และเร่งรัดการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง สร้างความเชื่อมั่น และรักษาสัญญา ข้อมูลเอกสารความลับของผู้มารับบริการ และติดต่อประสานงาน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับ ดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง มีสายตรงผู้บริหารที่สามารถสื่อสารได้ทันที แต่งตั้งเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบชัดเจน มีการส่งเข้ารับการอบรมข้อมูล กำกับติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ทำให้การเบิกจ่ายเงินและรับเงิน การจัดซื้อจัดจ้างด้วยความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ โดยสามารถตรวจสอบข้อมูลได้บนเว็บไซต์โรงเรียน ปรับปรุงคุณภาพการบริหารงานงบประมาณให้มีความต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ประเมินผลจากแบบสรุปและแบบรายงานโครงการ กระบวนการจัดการศึกษาเพื่อนำไปใช้พัฒนาการจัดกิจกรรมให้ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยคำนึงถึง

หลักการใช้งบประมาณให้ประหยัดที่สุด ตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด จำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งรวมถึงบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้วย สร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการและผู้มาติดต่อประสานงานด้านการเงิน ลดขั้นตอนให้มีความกระชับ รวดเร็ว ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในการให้บริการ มอบนโยบายให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางการบริการด้วยมิตรไมตรี และกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ผู้วิจัยได้พบประเด็นที่น่าสนใจ ควรแก่การนำมาอภิปราย และนำเสนอ ดังต่อไปนี้

1. ระดับการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 ผลการวิจัย พบว่า โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก ผลวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับ Teaching Expertise¹¹ ได้ศึกษาความเสี่ยงและการประเมินความเสี่ยงของโรงเรียน พบว่า มีความเสี่ยง 4 ประเภท คือ 1) ความเสี่ยงเชิงกลยุทธ์ ครอบคลุมประเด็นนโยบายและเป้าหมายระยะยาวภายในโรงเรียน 2) ความเสี่ยงทางการเงิน ครอบคลุมการลงทุน ราคา และต้นทุน เกิดขึ้นพร้อมกับความสามารถที่จะส่งผลเสียต่อการเงินของโรงเรียน 3) ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ ครอบคลุมถึงความน่าเชื่อถือและประเด็นการสอนที่เกิดขึ้นจริง 4) ความเสี่ยงในการปฏิบัติตามข้อกำหนด ครอบคลุมถึงคุณภาพของการบริการที่จัดให้ เป็นไปตามมาตรฐานระดับชาติและวิชาชีพ และภาระผูกพันทางกฎหมาย เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงเรียนที่ได้รับการดูแลจากหน่วยงานท้องถิ่น ชื่อเสียง อาจได้รับ

ผลกระทบอย่างรุนแรงหากล้มเหลวในการจัดการด้านความเสี่ยงข้างต้นหรือความล้มเหลวด้านสุขภาพและความปลอดภัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Curacubby Team¹² ได้ศึกษา แนวทางการจัดการความเสี่ยง แนวทางที่มีการควบคุม การประเมินและลดความเสี่ยงในโรงเรียน การจัดการความเสี่ยงเป็นกระบวนการในการตัดสินใจและดำเนินการกับการตัดสินใจที่จะลดผลกระทบด้านลบของความเสี่ยงที่มีต่อองค์กร ในโรงเรียน หรือความเสียหายต่อชื่อเสียงของโรงเรียน การป้องกันอันตรายใดๆ ที่เกิดกับนักเรียน มุ่งเน้นแรงจูงใจในการปฏิบัติตามการบริหารความเสี่ยงด้านกลยุทธ์

2. แนวทางการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ 2) ความเสี่ยงด้านการเงิน 3) ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน 4) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย 5) ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ความเสี่ยงด้านความน่าเชื่อถือขององค์กร สามารถอภิปรายได้ดังนี้

.1 ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาการบริหารงานงบประมาณที่สอดคล้องกับนโยบายหน่วยงานต้นสังกัด วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนกลยุทธ์ของสถานศึกษา มีการกำกับ ติดตาม เป็นระยะๆ มีการวิเคราะห์ วัตถุประสงค์ แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้ชัดเจนว่า ตั้งแต่เริ่มต้น จนเสร็จสิ้น มีการวางระบบจัดเก็บข้อมูลและประมวลผลข้อมูลให้ครอบคลุมรอบด้าน ประเมินความสอดคล้อง มีการกำหนดเป็นปฏิทินปฏิบัติงานให้ผู้ปฏิบัติทราบ และสรุปความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนเป็นรายไตรมาส ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ทุกประการ โดยคำนึงถึงนโยบาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจที่กำหนดไว้เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Teaching Expertise¹¹ การศึกษาของ

Curacubby Team¹² และการศึกษาของ Behcet Özncar¹³

2.2 ความเสี่ยงด้านการเงิน จากการศึกษาผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารต้องมีการประชุมวางแผนการดำเนินงาน และจัดสรรงบประมาณอย่างทั่วถึง ให้ความสำคัญตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วน อยู่บนฐานข้อมูลที่มีการสำรวจรอบด้านถึงสาเหตุความจำเป็นในปัจจุบัน จัดสรรตามความสำคัญของแผนงาน โดยให้ความสำคัญกับแผนงานวิชาการเป็นอันดับแรก ตามด้วยแผนงานบุคลากร บริหารงานทั่วไป และการเงินพัสดุ ตามลำดับแต่งตั้งเจ้าหน้าที่การเงินและผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นระบบชัดเจน มีการส่งเข้ารับการอบรมข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายเป็นประจำทุกปี กำกับ ติดตาม การดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ทำให้การเบิกจ่ายเงินและรับเงินตามระเบียบการเงินการคลัง การเบิกจ่ายเงินตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่กำหนดไว้ กำหนดตารางเวลาผู้ปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม ทำงานเป็นปัจจุบันและมีการตรวจสอบควบคุมจากงานอื่น รายงานต่อหน่วยเหนือเป็นประจำ ตรงตามระยะเวลาที่กำหนด จัดทำทุกวัน โดยมีบัญชีคุมเงินทุกรายการ มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ กลั่นกรองกรณีการขอยืมเงิน มีการจัดทำคู่มือ การจัดทำหลักฐานการยืมเงินให้ผู้ปฏิบัติได้ศึกษา และมีตัวอย่างประกอบ การใช้จ่ายเงินยืมตามกำหนดระยะเวลา แต่งตั้งคณะกรรมการตามระเบียบ และดำเนินการตามคู่มือที่มีการเปลี่ยนแปลงล่าสุดอย่างเคร่งครัด กำกับ ติดตามการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบชัดเจน ดำเนินการตามระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง ผ่านขั้นตอนที่โปร่งใสเน้นประโยชน์สูงสุดของโรงเรียน กำกับติดตามการจัดทำทะเบียนคุมทะเบียนครุภัณฑ์ ใบเสร็จรับเงินเป็นระยะๆ โดยใช้เทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้เป็นปัจจุบัน มีทะเบียนคุมทุกรายการ และลงรายการให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Teaching Expertise¹¹ การศึกษาของ จิรนนท์ ทองอ่วม¹⁴

2.3 ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารแต่งตั้งคณะกรรมการ

นิเทศที่ชัดเจน และกำหนดปฏิทินการนิเทศอย่างน้อยภาคเรียนละ 2 ครั้ง มีการเข้าร่วมการนิเทศรายงานข้อมูล และร่วมสัมมนาเกี่ยวกับผลการนิเทศ และนำไปกำหนดเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นผู้นำ ผู้ประสานงาน ผู้ดำเนินการ พร้อมทั้งติดตามตรวจสอบอย่างใกล้ชิด ใช้รูปแบบที่มีมาตรฐานสากล มีคณะกรรมการดำเนินงานระบบประกันที่ชัดเจน และดำเนินการทุกขั้นตอนเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด สำนวจความ ต้องการและมอบหมายงานบุคลากรปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ด้านการจัดสรรงบประมาณตามหลักคุณธรรม ต้องจัดสรรและบริหารอย่างซื่อสัตย์สุจริต โปร่งใสตรวจสอบได้ ประเมินผลและรายงานการใช้จ่ายเงิน ด้านระดมทรัพยากรและการลงทุนเพื่อการศึกษาตามหลักการมีส่วนร่วม ให้มีการประชุมจัดทำแผนเพื่อระดมทรัพยากรกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงาน มีการจัดทำเอกสารอย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน มีบัญชีทะเบียนคุมเงินถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับ ด้านการบริหารพัสดุและสินทรัพย์ตามหลักความคุ้มค่า มีบัญชีคุมพัสดุ และบริหารให้เกิดประโยชน์สูงสุด รับฟังความคิดเห็นที่อยู่รอบๆ ด้านวางแผนบนการเปลี่ยนแปลงที่มีแผนรองรับกรณีเกิดเหตุการณ์เฉพาะหน้า และเน้นให้มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ รับฟังความคิดเห็นที่อยู่รอบๆ ด้านวางแผนบนการเปลี่ยนแปลงที่มีแผนรองรับกรณีเกิดเหตุการณ์เฉพาะหน้า และเน้นให้มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ กำกับ ติดตามและควบคุมดูแลให้ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจให้ทำหน้าที่บริหารจัดการกระบวนการเพื่อใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพประหยัดคุ้มค่าได้ผลตามเป้าหมายเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Teaching Expertise¹¹

2.4 ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของทุกกลุ่มงานเป็นรายบุคคล กำกับ ติดตามให้ทุกงานมีการจัดทำปฏิทินและคู่มือการปฏิบัติงานให้บุคลากรทุกคนศึกษากฎหมาย และ

ปฏิบัติตนตามระเบียบจรรยาบรรณวิชาชีพครูอย่างเคร่งครัดมีการเน้นย้ำแนวทางการป้องกันเหตุที่เกิดจากการปฏิบัติผิดวินัย กฎหมาย มาตรการและข้อกำหนดเป็นประจําสม่ำเสมอสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์แนวทางการปฏิบัติงานที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ทำหนังสือแจ้งเวียนให้ทุกคนศึกษา นำเข้าระเบียบวาระการประชุมประจำเดือนของโรงเรียน โดยนำมาชี้แจงในที่ประชุม ตามวาระที่ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Teaching Expertise¹¹

2.5 ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารศึกษาคู่มือและระเบียบที่เกี่ยวข้อง นำเข้าในระเบียบวาระการประชุมประจำเดือนของโรงเรียน และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบวิธีการที่ชัดเจน และระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังภัยจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และสื่อที่เหมาะสม โดยตรวจสอบจากการใช้งานคอมพิวเตอร์ หลังจัดการเรียนการสอนให้กับผู้เรียน เน้นย้ำเรื่องภัยจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และสื่อที่เหมาะสม ให้ความรู้ และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้บุคลากรใช้ระบบซอฟต์แวร์ระบบงานด้านงบประมาณที่มีลิขสิทธิ์ ใช้งานอย่างถูกต้อง ก่อนนำมาใช้งาน สรรหาผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องทักษะการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการบริหารงานงบประมาณ นำมาลดภาระการปฏิบัติงานทุกกลุ่มงาน และจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม จัดอบรมเชิงปฏิบัติให้ผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้จริง อบรมทั้งทางออนไลน์ และที่หน่วยงานจัดอบรม ส่งเสริมสนับสนุนให้ครูและบุคลากรในสังกัดได้รับการพัฒนาตนเองที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีโดยตรงและได้นำความรู้ที่ได้มาแนะนำและถ่ายทอดกับครูและบุคลากรในสังกัดได้ใช้งานไปในทิศทางเดียวกันและ การใช้สื่อ เทคโนโลยีเข้ามาช่วย มีอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่พร้อมและทันสมัย ระบบการให้บริการทางเครือข่ายมีความเสถียรและรวดเร็ว ส่งครูเข้ารับการพัฒนาโปรแกรมใหม่ๆ และนำมาใช้ในกลุ่มงาน

ต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ruzic-Dimitrijevic & Dakic¹⁵

2.6 ความเสี่ยงด้านความน่าเชื่อถือขององค์กร ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารควบคุม ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านงบประมาณให้มีคุณภาพและบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร มอบหมายให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่จัดทำสารสนเทศ ประกอบการกำกับ ควบคุม และเร่งรัดการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง สร้างความเชื่อมั่น และรักษาสัญญา ข้อมูลเอกสาร ความลับของผู้มารับบริการและติดต่อประสานงาน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการ กำกับ ดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง มีสายตรงผู้บริหารที่สามารถสื่อสารได้ทันที แต่งตั้งเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ชัดเจน มีการส่งเข้ารับการอบรมข้อมูล กำกับ ติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ทำให้การเบิกจ่ายเงินและรับเงิน การจัดซื้อจัดจ้างด้วยความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ โดยสามารถตรวจสอบข้อมูลได้บนเว็บไซต์โรงเรียน ปรับปรุงคุณภาพการบริหารงานงบประมาณให้มีความต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ประเมินผลจากแบบสรุป และแบบรายงานโครงการ กระบวนการจัดการศึกษา เพื่อนำไปใช้พัฒนาการจัดกิจกรรมให้ดำเนินไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยคำนึงถึง หลักการใช้งบประมาณให้ประหยัดที่สุด ตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด จำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งรวมถึงบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถด้วย สร้างความประทับใจแก่ ผู้รับบริการและผู้มาติดต่อประสานงานด้านธุรการ การเงิน ลดขั้นตอนให้มีความกระชับ รวดเร็ว ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในการให้บริการ มอบนโยบายให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางการบริการด้วยมิตรไมตรี และ กำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Teaching Expertise¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถานศึกษาในโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 ควรนำการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 ที่ควรพัฒนาทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ 2) ความเสี่ยงด้านการเงิน 3) ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน 4) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย 5) ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ความเสี่ยงด้านความน่าเชื่อถือขององค์กร เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของผู้บริหารต่อไป ผู้บริหารสถานศึกษาในโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาการบริหารงานงบประมาณสอดคล้องกับนโยบายวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนกลยุทธ์ของสถานศึกษา 3) ผู้บริหารสถานศึกษาในโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 ควรสนับสนุนการนำระบบป้องกันความลับของข้อมูลมาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศให้มีความปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัย การบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียน ในกลุ่มเขตพื้นที่การศึกษาอื่น ๆ และเพื่อพัฒนาแนว

ทางการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณของโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้ ความกรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และเสนอแนวทางการลดจนคำแนะนำต่าง ๆ ทำให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ผลการวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยความสะดวกโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสถานศึกษา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษา ครูสายงานการสอนโรงเรียนเบญจมราชาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 ทุกคนที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณบุคคลท่านอื่น ๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือผู้วิจัยในทุกด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศ ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 – 2580) [อินเทอร์เน็ต]. (2561). ราชกิจจานุเบกษา หน้า 1-71 (13 ตุลาคม 2561) [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. (2566). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=13651&filename=develop_issue.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงการคลังและสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงการคลัง [อินเทอร์เน็ต]. (2562). คู่มือการควบคุมภายใน 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://psdg.mof.go.th/th/view/attachment/>

file/3134393533/ คู่มือการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ%20พ.ศ.%202561.pdf.

4. Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission [COSO].(2013). Internal Control–Integrated framework. AICPA.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. (2563). คู่มือการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ปี 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/storage/files/841/ITA/20210427/ManualICRM2563.pdf>.
6. กระทรวงศึกษาธิการ [อินเทอร์เน็ต]. (2542). พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 และ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.moe.go.th/พรบ-การศึกษาแห่งชาติ-พ-ศ-2542/>
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. [อินเทอร์เน็ต]. (2549). คู่มือเทคนิคและวิธีการบริหารจัดการสมัยใหม่ตามแนวทางการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.opdc.go.th>.
8. พรพรรณ งามโรจน์.(2560). แนวทางการจัดการความเสี่ยงในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
9. Krejcie R.V. & Morgan D.W.(1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 30:607-610.
10. Cronbach L. J.(1963). Educational Psychology. New York: Harcourt Brace and World, Inc.
11. Teaching Expertise. Conducting school risk assessment, risk management and managing resources [Internet]. (2023). [Cited 2024 January 1]. Available from: <https://www.teachingexpertise.com/articles/conducting-school-risk-assessment-risk-management-and-managing-resources/>
12. Curacubby Team. Risk Management in Schools: Essential Know-How for Safety [Internet]. (2023). [Cited 2024 January 1]. Available from: <https://www.curacubby.com/resources/risk-management-in-schools>.
13. Behcet Özınacar. Risk Management Strategies in School Development and the Effect of Policies on Tolerance Education [Internet]. (2020). [Cited 2024 January 1]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/57090>.
14. จีรนนท์ ทองอ่วม.(2560). การบริหารความเสี่ยงของผู้บริหารที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริหารงบประมาณของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระแก้ว เขต 1. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.
15. Ruzic-Dimitrijevic L. & Dakic J.(2014). The risk management in higher education institutions. Journal of Applied Knowledge Management 2(1): 137-152.

การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

The Development of Discharge Planning Model for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Patients at Phra-Yuen Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 18,2024 ; Accepted: September 19,2024)

ณัชชา กิ่งคำ¹,พรภิวรรณ เพี้ยสังกะ¹,จติกา รัตนดาตาส²

Natcha Kingkam¹,Pornpiwan piasangka¹,Jatica Ratanadadas²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแลจำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระยีน ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ.2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทดสอบความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายได้ทดสอบความรู้ และสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจำหน่าย การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติค่าที่แบบจับคู่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุม สนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์และการสังเกต ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา แล้วนำเสนอข้อมูลแบบบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า 1)การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยหลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล พึงพอใจระดับ “มากที่สุด” ร้อยละ 83.33 3)อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เท่ากับ ร้อยละ 6.67 และ4) ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความพึงพอใจต่อแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 68.75

คำสำคัญ : แบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This participatory action research aimed to develop a discharge planning model for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Phra Yuen Hospital, Khon Kaen Province. The study participants included 30 COPD patients and their caregivers who received treatment at Phra Yuen Hospital between February and August 2024. Data were collected through knowledge assessments of both patients and caregivers regarding COPD and patient self-care practices before discharge. Post-discharge, the study evaluated their knowledge retention and satisfaction. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test. Qualitative data obtained from focus group discussions, interviews, and observations were analyzed using content analysis and presented descriptively.

The study's findings revealed that: 1) providing self-care education to COPD patients significantly improved their knowledge levels, with post-education scores increasing significantly ($p < 0.05$), indicating the effectiveness of the educational program in enhancing COPD patients' self-care knowledge; 2) 83.33% of patients and caregivers reported

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระยีน

² เภสัชชำนาญการ โรงพยาบาลพระยีน

the highest level of satisfaction; 3) the readmission rate within 28 days was 6.67%; and 4) 68.75% of participants were satisfied with the discharge planning model for COPD patients.

Keyword : Discharge Planning Model, Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นภาวะที่เกิดจากการทำลายของปอดเรื้อรังซึ่งไม่สามารถกลับมาสู่สภาพปกติได้ อัตราการตายของประชากรทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลก¹ พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเป็สาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ.2030 และ ในปี ค.ศ.2000 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิต 2,750,000 คน เป็นอัตราการตายร้อยละ 4.8 และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของโลก รองจาก โรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดสมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และโรคเอดส์ อัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คน ต่อประชากร 100,000 คน ปี 2561 จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข²ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปีงบประมาณ 2567 สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขต 1 เขต 7 และ เขต 2 โดยคิดเป็น ร้อยละ 0.73 0.53 และ 0.52 ตามลำดับ จำนวนทุกกลุ่มผู้ป่วย มีจำนวนสูงถึง 192,884 คน ในประชากร 45,194,922 คิดเป็น ร้อยละ 0.43 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 159,398 คน และ ปี 2559 จำนวน 152,319 คน จะเห็นว่าแนวโน้มของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสังคมมีการเพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมาก เนื่องจากปัจจัยต่างๆ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการดำเนินชีวิต ปัจจัยสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ มลพิษทางอากาศ และการออกกำลังกาย

กายที่ไม่เพียงพอ โดยส่วนใหญ่ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคนี้นักเป็นผู้ที่สูบบุหรี่และถูกส่วนผสมที่เป็นพิษในอากาศ เช่น ฝุ่น PM2.5 ซึ่งอาจทำให้การหายใจลำบากขึ้นและเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากขึ้น³

โรงพยาบาลพระยีน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงจากข้อมูลทางสถิติย้อนหลัง 3 ปี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มานอนรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ปี 2564 -2566 มีจำนวน 30 ราย ,57 ราย และ 71 ราย ตามลำดับ มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 36.66 ,19.29 และ 16.90 ตามลำดับ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีนในปัจจุบัน ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ พบว่า ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่าย ไม่รู้ว่าจะต้องเริ่มปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายอย่างไร โดยภาวะปกติการปฏิบัติงานของพยาบาลส่วนใหญ่ ทำงานในการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต และช่วยชีวิตผู้ป่วยจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยให้ผ่านพ้นไปเสียก่อน ประกอบกับปริมาณงานที่มีอยู่มากในแต่ละเวร พยาบาลจึงไม่มีเวลาเพียงพอในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแพทย์สั่งจำหน่ายกลับบ้าน การให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวจึงเป็นการปฏิบัติในขณะนั้น จะแนะนำผู้ป่วยในวันที่ยังจำหน่ายกลับบ้าน เป็นส่วนใหญ่ ในเรื่องต่างๆ อาทิ การรับประทานยา การพ่นยาขยายหลอดลม การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด ขาดเอกสารคู่มือในการปฏิบัติ ขาดการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครอบคลุม เมื่อจำหน่ายกลับบ้านอาจทำให้ผู้ป่วยไม่มี

ความรู้ในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากมีอาการรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลันได้

การจัดการตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การที่ผู้ป่วยสามารถจัดการและป้องกันการทรุดลงของโรคนี้ได้ด้วยการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การทานอาหารที่เหมาะสม เพิ่มการออกกำลังกาย รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการใช้ยาและการจัดการอื่นๆ ที่สามารถช่วยลดอาการและลดความรุนแรงของโรคได้ การใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีโรคเหล่านี้ การวางแผนจำหน่ายที่ดีสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม เพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนจำหน่ายที่ดีนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับโรคและวิธีการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ยังเป็นการสร้างความมั่นใจและส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย⁴

การดำเนินงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เน้นไปที่การสร้างแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและระบบการสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการตนเอง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพที่ใช้งานได้ง่ายและเข้าถึงได้สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรักษาสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากที่สุด การใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยการเสริมสร้างการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ การวางแผนจำหน่าย

ที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างถูกต้องเป็นการสร้างความมั่นใจและส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วินัยชาวเชียงตุง, 2556)⁵ ที่ผ่านมาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีนในปัจจุบัน ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ในปี 2564-2565 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบเดิมซึ่งยังมีแนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน มีเพียงร้อยละ 10.15 และ 7.07 เท่านั้น และมีผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันร้อยละ 36.66 และ 19.29 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้วิจัยจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาศึกผู้ป่วยใน ได้รับการดูแลรักษาและการวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามานอนรับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน ได้รับการดูแลรักษาและการวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁶ โดยกระบวนการวิจัยประกอบไปด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการ และส่งเสริมการทำงานเป็นทีมให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลรับรองคุณภาพ และเพื่อให้บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจ ต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และร่วมกันกำหนดแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุด

กันเรื้อรังที่ชัดเจนเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) นี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล ประจำหน่วยงาน พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(COC) นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร รวม 16 คน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแลจำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระยีน ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ.2567 การศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมี 4 กระบวนการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁶ โดยกระบวนการวิจัยประกอบไปด้วย การวางแผน(Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ร่วมกันวางแผน (Planning) โดยมี การศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ในปีที่ผ่านมา การดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1)

วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหาและการวางแผนจำหน่าย จากการวิเคราะห์เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ปัญหาพร้อมกัน 2) วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 1 โดยการประชุมกลุ่มร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 2 ครั้ง เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมาย บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละ สหสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนการจำหน่าย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จัดทำคู่มือการดูแลตนเอง สื่อโปสเตอร์ แผ่นพับ และวิดีโอทัศน์ ในการให้ความรู้กับผู้ป่วย แนวทางการประเมินผล แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และใบส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และนำเสนอร่างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กำหนดภายใต้บริบทของโรงพยาบาลให้กับผู้ร่วมวิจัยร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้ ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความสมบูรณ์ จนเป็นที่ยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และกำหนดให้เป็นแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 1

ขั้นที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Acting) นำแผนจากขั้นตอนที่ 1 ไปสู่การปฏิบัติตามระยะที่ 2 ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 1 โดยนำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ราย

ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing) สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 1 โดยสังเกตพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องแล้วบันทึกข้อมูลไว้ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่นำแผนการจำหน่ายไปใช้บันทึกผลของการปฏิบัติแต่ละครั้ง

ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflecting) ตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการ

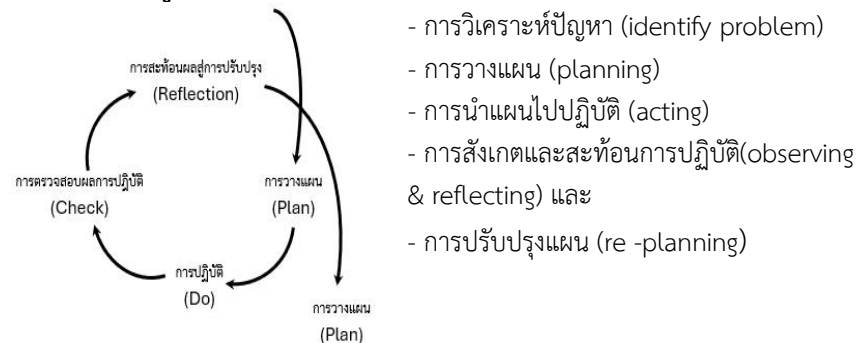
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ทีมสหสาขา
วิชาชีพที่นำแผนการจำหน่ายไปใช้บันทึกผลของการ
ปฏิบัติแต่ละครั้ง เพื่อร่วมกันประเมินความสำเร็จว่า
ตรงตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันหรือไม่
มีปัจจัยและกลยุทธ์ใดที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ พบ

ปัญหาและอุปสรรคอย่างไร หรือมีกิจกรรมใดที่มีความ
ยากลำบากต่อการนำไปใช้ พร้อมทั้งเสนอแนะแนว
ทางแก้ไขและปรับปรุงให้การดำเนินงานตาม
กระบวนการจำหน่ายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และ
สรุปรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

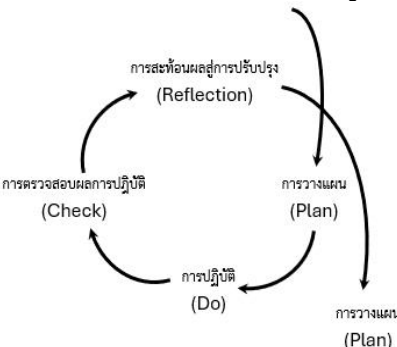
การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- 1) สถานการณ์ผู้ป่วยโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับ
บริการที่แผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลพระยีน
- 2) ระบบการบริการ
พยาบาล : การวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยผู้ป่วยโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังของตึก
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระ
ยีนในปัจจุบัน ยังไม่มี
รูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติ
ที่ชัดเจน
- 3) อัตราการกลับมารักษาซ้ำ
ภายใน 28 วันของผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1 ระยะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย



2 การศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย



- ปรับปรุงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 2
 - ประชุมกลุ่มร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันปรับเปลี่ยนแผนการจำหน่าย
 - นำแผนไปปฏิบัติ(acting) กับกลุ่มตัวอย่าง
 - การสังเกตและสะท้อนการปฏิบัติ(observing & reflecting)
- ประเมินผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบ
ที่ 1 และวงรอบที่ 2 สรุปผล
กำหนดเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

- 1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม
- 2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายที่ได้รับ
- 3) ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน
- 4) ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ BMI ประวัติการสูบบุหรี่ และโรคร่วม และแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2) แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตัว เป็นการวัดความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก ใช้ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดตอบไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน พึงพอใจมากเท่ากับ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน พึงพอใจน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน 5) ประเด็นในการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นประเด็นเกี่ยวกับบทบาทในด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับลักษณะบริการที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำสื่อการให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเอง โปสเตอร์ แผ่นพับ และวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและโครงสร้างที่เหมาะสม และความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาหาค่าความตรงโดยใช้ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา 3 ประการ คือ ทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ตรงตามเกณฑ์ (Criterion Validity) และตรงตามแนวคิด (Construct

Validity) แล้วผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อหาความชัดเจนอีกครั้งโดยผู้วิจัยให้ค่าดัชนีความสอดคล้องวัตถุประสงค์ (Index of Objective Congruence : IOC) คะแนน IOC ได้เท่ากับ 0.95 ขึ้นไปโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยใน และเภสัชกร ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจแก้ไขและปรับปรุงนำไปทดลองใช้ กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้จำนวน 10 คน แบบทดสอบความรู้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9 และ 0.9 ตามลำดับ โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีค่าความเที่ยงหรือเชื่อถือได้ (ปธานี สายรัตน์ และคณะ, 2557)⁷

วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ (Pre-research phase)

ประกอบด้วย 1) เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทักษะการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล 2) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของงานผู้ป่วยใน 3) ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมวิจัยและสอบถามความต้องการของด้านการมีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย (Research phase)

ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหาและการวางแผนจำหน่าย จากการวิเคราะห์เวชระเบียนผู้ป่วย

การสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ
วิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน

2) วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
วงรอบที่ 1 โดยการประชุมกลุ่มร่วมกันกับทีมสหสาขา
วิชาชีพ จำนวน 2 ครั้ง เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์
เป้าหมาย บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ของแต่ละ สห
สาขาวิชาชีพ ขั้นตอนการจำหน่าย กิจกรรมการดูแล
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล จนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการดูแล
ต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมจัดทำคู่มือการดูแลตนเอง สื่อ
โปสเตอร์ แผ่นพับ และวิดีโอ ในการให้ความรู้กับ
ผู้ป่วย แนวทางการประเมินผล แบบบันทึกการวางแผน
จำหน่ายและใบส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และนำเสนอ
ร่างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กำหนด
ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลให้กับผู้ร่วมวิจัยร่วมกัน
พิจารณาความเป็นไปได้ ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความ
สมบูรณ์ จนเป็นที่ยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ
และกำหนดให้เป็นแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุด
กั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 1

3) ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุด
กั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 1 โดยนำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้
กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ราย

4) สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติตามแผนการ
จำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 1 โดย
สังเกตพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง และสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง
แล้วบันทึกข้อมูลไว้ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่นำ
แผนการจำหน่ายไปใช้บันทึกผลของการปฏิบัติแต่ละ
ครั้ง เพื่อร่วมกันประเมินความสำเร็จว่าตรงตาม
วัตถุประสงค์ เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันหรือไม่ มีปัจจัย
และกลยุทธ์ใดที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ พบปัญหา
และอุปสรรคอย่างไร หรือมีกิจกรรมใดที่มีความ
ยากลำบากต่อการนำไปใช้ พร้อมทั้งเสนอแนะแนว

ทางแก้ไขและปรับปรุงให้การดำเนินงานตาม
กระบวนการจำหน่ายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5) ปรับปรุงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุด
กั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 2 โดยการประชุมกลุ่มร่วมกันกับ
ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 1 ครั้ง เพื่อร่วมกัน
ปรับเปลี่ยนแผนการจำหน่ายให้เหมาะสมตามปัญหา
และอุปสรรคที่พบหรือตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้เกิด
ความสะดวกต่อการปฏิบัติงานจนเป็นที่ยอมรับในทีมสห
สาขาวิชาชีพ ก่อนนำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุด
กั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 2 ไปทดลองใช้อีกครั้ง

6) ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุด
กั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 2 นำแผนการจำหน่ายและเครื่องมือ
ที่ปรับแล้วมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
จำนวน 30 ราย

7) สังเกตและสะท้อนผลการปฏิบัติตามแผนการ
จำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 2 โดย
สังเกตและตรวจสอบข้อมูลการบันทึกของทีมสหสาขา
วิชาชีพในหอผู้ป่วย ประชุมกลุ่มร่วมกันกับทีมสหสาขา
วิชาชีพ จำนวน 1 ครั้ง เพื่อสรุปผลการนำแผนการ
จำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 2 ไปใช้
สรุปความสำเร็จปัญหาอุปสรรคที่พบ และข้อเสนอแนะ
ที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขและกำหนดรูปแบบการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ขั้นประเมินผล (Evaluation phase) ร่วมกัน
ประเมินผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนาแผนการ
จำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 1 และ
วงรอบที่ 2 ได้แก่ ความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ
โรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมิน
ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการ
วางแผนจำหน่าย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล
และ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน กำหนดให้
เป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนดำเนินการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทดสอบความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายได้ทดสอบความรู้ และสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจำหน่าย การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติค่าที่แบบจับคู่ (paired t-test) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุม สทนากลุ่ม การสัมภาษณ์และการสังเกต ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แล้วนำเสนอข้อมูลแบบบรรยาย (Descriptive)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567 เลขที่โครงการวิจัย REC 004/2567

ผลการศึกษา

1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ระยะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากสถานการณ์พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย อายุระหว่าง 60-79 ปี และมีสถานภาพสมรสเป็นคู่สมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีอาชีพทางเกษตรกรรมเป็นหลัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการ

สูบบุหรี่ โดยมากกว่าสูบบุหรี่มานานกว่า 21 ปี โรคประจำตัวที่พบบ่อยได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงพยาบาลระหว่าง 3-4 วันก่อนจำหน่าย จึงได้พัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ 1) แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตั้งแต่การรับจนกระทั่งจำหน่ายและติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2) นวัตกรรมการผลิตสื่อความรู้ให้กับผู้ป่วยโดยใช้ สื่อวีดิทัศน์ โปสเตอร์ให้ความรู้ และแผ่นพับ เพื่อการให้ความรู้และเพิ่มทักษะ 3) คู่มือการดูแลตนเอง และ 4) แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

2.1 ด้านความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยของ Pre-test เท่ากับ 11.40 และ Post-test เท่ากับ 14.00 ซึ่งแสดงถึงการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยหลังการให้ความรู้เท่ากับ 2.60 คะแนน 2) ร้อยละของการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.81% 3) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน Pre-test เท่ากับ 0.99 และ Post-test เท่ากับ 0.72 แสดงว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยหลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ในการเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ (t) ของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 30)

การทดสอบ	Mean	SD	t	p-value
ก่อน	11.40	0.99	16.47	< 0.001
หลัง	14.00	0.72		

หมายเหตุ: ค่าสถิติ (t) จากการวิเคราะห์ pair t-test แสดงถึงการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.

2.2 ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล พึงพอใจระดับ “มากที่สุด” ร้อยละ 83.33 และความพึงพอใจระดับ มาก ร้อยละ 16.67 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในครั้งนี้

2.3 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เท่ากับ ร้อยละ 6.67 ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณ 2566 ที่มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เท่ากับ ร้อยละ 16.90 แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้าน

2.4 ด้านความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 6 หัวข้อหลัก โดยมีการแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด, เห็นด้วยมาก, เห็นด้วยปานกลาง, เห็นด้วยน้อย, และเห็นด้วยน้อยที่สุด ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นว่าเป็นด้วยมากที่สุด ในแต่ละข้อดังนี้ 1) กระบวนการสามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก ร้อยละ 62.5 2) ระยะเวลาเหมาะสม ร้อยละ 56.25 3) สื่อความรู้เหมาะสม ร้อยละ 68.75 4) เครื่องมือสะดวกต่อการนำไปใช้ ร้อยละ 62.5 5) รูปแบบช่วยลดระยะเวลาการประเมินอาการผู้ป่วย ร้อยละ 56.25 และ 6) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 68.75 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในทุกหัวข้อ

สรุปและอภิปรายผล

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการพยาบาลที่สำคัญตั้งแต่การประเมินถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมทั้ง

ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยโดยเร็วและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยครอบคลุมถึงการติดตามดูแลและจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นกระบวนการของการบริการซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของการพยาบาลในการให้ความรู้และการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ต้องการความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารีย์ เสนีย์⁸ พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองรวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่มีความเฉพาะในแต่ละโรค การให้คู่มือ และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทั้งวิธีการจัดในลักษณะเป็นรายบุคคลและกลุ่มย่อยได้ผลดีในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ทำให้พฤติกรรมควบคุมโรคดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ โรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการวางแผนจำหน่ายโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญ เพื่อให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม และควรนำเทคโนโลยีมาใช้ปรับปรุงการให้บริการพยาบาล เช่น Application ในการประเมินความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยทำเป็นแอปพลิเคชันที่สามารถประเมินได้ real time เพื่อให้สามารถวิเคราะห์

พฤติกรรมที่ควรให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 2) ศึกษาประสิทธิภาพการนำใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ใกล้เคียงกัน เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ต้องดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ นายแพทย์ณัฐพล หมื่นสีพรหม รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล

พระยืน คุณสกาเตือน สำนวญ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คุณเยาวเรศ คุณแก้ว หัวหน้างานผู้ป่วยใน ที่กรุณาให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในและทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพระยืน ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้าน รวมถึงผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล ที่เข้าร่วมการศึกษา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (2010). Towards a common language for functioning, disability and health. [cited 2020 Nov 7] Available from <http://www.who.int/classification/icf>.
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center : HDC). 2566 อัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2567 สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2566
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&catid=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=33b1c30a4652927ac32fee24e8906170>
3. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2565. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: 168 หน้า.
4. ธิติภรณ์ ยอเสน. (2554). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร, 39(3), 52-65.
5. วินัย ชาวเชียงตุง. (2556). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ. [รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น].
6. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner (3rd ed). Geelong, Australia: Deakin University Press.
7. ปราณี สายรัตน์ และคณะ. (2557). ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร, 41(4), 23 - 35.
8. อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 129-134.

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Development of a Case Management Model in the care of uncontrolled type2 Diabetic.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 19,2024 ; Accepted: September 20,2024)

พลอยนภัส พงษ์สุวรรณ¹

Ploynapat Pongsuwan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีปัญหาซับซ้อนที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ข้อมูลมือสอง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษา การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการจัดการรายกรณี การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ สถิติร้อยละของข้อมูลทั่วไป และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 มีค่า HbA1C ลดลงจากก่อนเริ่มกิจกรรม ร้อยละ 100 โดยวงรอบที่ 1 มีค่าเฉลี่ยการลดลงของ HbA1C 4.77% วงรอบที่ 2 ลดลงจากวงรอบที่ 1 เฉลี่ย 2.42%

คำสำคัญ: เบาหวาน, การจัดการรายกรณี

Abstract

This study is an Action Research. Aim to study the effects of Development of a Case Management Model in the care of uncontrolled type2 Diabetic Patients . The sample consisted of 10 diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels and complex problems who volunteered to participate in the study. Data collection tools consist of secondary data for gathering medical history, participatory observation, and semi-structured interviews. Outcome measurement tools include a diabetes self-care behavior assessment, a satisfaction survey regarding the case management model, and data analysis using descriptive statistics to determine frequencies, percentages of general data, and qualitative data analysis.

The results of the development of the case management model show that Patients participating in the program showed a 100% increase in the average score of appropriate behavior. Their HbA1C levels decreased by 100% from before the activity. In the first cycle, the average reduction in HbA1C was 4.77%, and in the second cycle, it decreased by an average of 2.42% compared to the first cycle. Therefore, the case management model is effective in managing patients with blood sugar control issues.

Keywords: Diabetes, Case Management

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2543 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 171 ล้านคน

และจะเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน ในปี พ.ศ.2573 สำหรับประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ.2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

ละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะมีผู้สูงอายุ 1 คน ในทุก ๆ 5 คนเป็นเบาหวาน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน จากประชากรที่เป็นเบาหวาน มีเพียงร้อยละ 57 ที่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 97 ของผู้ได้รับการวินิจฉัยได้รับการดูแลรักษา แต่มีเพียงร้อยละ 35.6 ของผู้ที่ได้รับการดูแลรักษาบรรลุเป้าหมายการรักษา ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษา แต่ไม่บรรลุเป้าหมายการรักษาถึงร้อยละ 65.4¹ สอดคล้องกับข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2559- 2563 ของอำเภอบ้านฝางที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 2,911 รายเป็น 3,197 ราย 3,375 ราย 3,519 ราย และ 3,604 รายตามลำดับ แต่ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีเพียงร้อยละ 2.40, 12.51 4.80 11.17 และ 14.51 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึงการรักษามากกว่าร้อยละ 85 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือ ใกล้เคียงระดับปกติ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี หรือมีค่า HbA1C สูงเกิน 7% เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตเรื้อรัง เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมซึ่งอาจรุนแรง ถึงขั้นการถูกตัดเท้าหรือขา โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานเกิดจากการดูแลภาวะแทรกซ้อน ในระยะยาวที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งสร้างภาระต่องบประมาณด้านการดูแลสุขภาพของประเทศเป็นอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่าง จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 6.6 เท่า ขณะที่ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน 3 อย่างขึ้นไป จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 18.5 เท่า¹ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านพฤติกรรมได้แก่ การรับประทานอาหาร การ

ออกกำลังกาย การใช้ยา ความเครียด หรือปัจจัยด้านเศรษฐกิจ² รูปแบบในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีหลายวิธี แต่วิธีที่ได้ผลดีวิธีหนึ่งได้แก่การจัดการรายกรณี

แนวคิดการจัดการรายกรณีของโพลีเวล และทาสาล เป็นรูปแบบการบริการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการทางสุขภาพ เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ในการคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินสุขภาพ และระบุปัญหาของผู้ป่วย การพัฒนาแผนการดูแล การดำเนินการตามแผนการดูแล การประเมินผล การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง และการสิ้นสุดการจัดการรายกรณี โดยอาศัยการสื่อสาร การจัดการทรัพยากรที่ดี มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ติดต่อประสานงาน กำกับดูแลรวมทั้งประเมินผลปฏิบัติ ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายตามแผนการรักษา ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งจากการศึกษาของวิไลวรรณ โพธิ์มณีทอง³ พบว่าผลของการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวาน/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลเบาหวานในระดับมาก มีพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังให้การดูแล และให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ก่อนให้คำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านผู้ให้บริการ พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยกับรูปแบบนี้ในระดับมาก ด้านคุณภาพบริการ พบว่า อัตราการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาเบาหวานลดลง อัตราการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มสูงขึ้น

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้ตรง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จนกระทั่งสามารถควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดได้ตามเกณฑ์และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563-30 พฤษภาคม 2565 ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 10 คน มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ

ระยะที่1 ระยะเตรียมการและศึกษาสถานการณ์

ศึกษาประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมสุขภาพการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน โดยศึกษาข้อมูลมือสองจากฐานข้อมูล HosXP และ ฐานข้อมูล HDC การสังเกตและการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง(indept interview) โดยใช้คำถามปลายเปิด กำหนดประเด็นและรูปแบบตามแบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการจัดการรายกรณี เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการรักษาให้เหมาะสม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ใช้แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management Society of America: CMSA) ประเมินสภาพปัญหา การประสานงาน การเฝ้าระวัง การดำเนินการ การประเมินครั้งสุดท้าย การจำหน่าย

และสิ้นสุดการดูแล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Do) ขั้นตอนสังเกตการณ์ (check) สะท้อนผล (Reflex) และวางแผนการทำงานใหม่ ในวงรอบที่ 2

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2. การประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี 3 ด้าน

ด้านผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีของผู้ป่วยเบาหวาน

ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการจัดการรายกรณี

ด้านคุณภาพบริการ ได้แก่ อัตราการ admitted และ readmitted ด้วยปัญหา Hyperglycemia และ อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย (วิจัยเชิงปฏิบัติการ)⁴ ใช้กระบวนการจัดการรายกรณี 4 ขั้นตอน ได้แก่

1.1 Assessment การประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกด้านแบบองค์รวม

1.2 Planning วางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม คำนึงถึง โดยความร่วมมือของทีมสหสาขา รวมทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นโดยเร็วที่สุดและภายในกรอบเวลาที่กำหนด

1.3 Facilitation ติดตามกำกับ ประสานงาน และสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนที่วางไว้ แก้ไขปรับปรุงความแปรปรวนที่เกิดขึ้น (variances รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ และเป็นผู้ประสานประโยชน์แก่ทุกฝ่ายเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

1.4 Advocacy การประเมินผลการปฏิบัติทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลมือสอง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษา โดยแหล่งข้อมูลได้แก่ ข้อมูลประวัติการรักษาจากฐานข้อมูล HosXP, OPD Card และฐานข้อมูล HDC

2.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2.3 การสัมภาษณ์ (indept interview) กึ่งโครงสร้างโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อรวบรวมข้อมูลประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการรักษาให้เหมาะสม โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น กำหนดประเด็นและรูปแบบตามแบบฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการจัดการรายกรณี

3. เครื่องมือในการวัดผลลัพธ์

3.1 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ สถิติร้อยละของข้อมูลทั่วไป

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งเป็นการบรรยายที่เน้นเนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ การพิจารณาเนื้อหาโดยผู้วิจัยไม่มีอคติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ KEC63094/2563

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1. ข้อมูลทั่วไป จากการตรวจสอบเวชระเบียนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อยู่ในช่วงอายุ 61-65 ร้อยละ 60 ประวัติการรักษา 1 ปีย้อนหลัง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 100 เป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 40 รักษาโดยใช้ยาชนิดรับประทาน 2ชนิด ร้อยละ 60 ได้รับการรักษาโดยใช้ยาฉีดร่วมด้วย มีระดับ HbA1C > 12-17 % ผู้ป่วยร้อยละ 60 เคย Admitted ด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในจำนวนนี้ผู้ป่วย ร้อยละ 20 มีประวัติ re-admitted ผู้ป่วยมีอาการมินชาเท้า ประวัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 ปีย้อนหลัง พบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจ DTX ปีละ 8-10 ครั้ง, Creatinine ปีละ 1-3 ครั้ง, LDL ปีละ 1 ครั้ง HbA1C ปีละ 1 ครั้ง และผู้ป่วยร้อยละ 100 มารับการรักษาไม่ตรงนัด ประวัติการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ผ่านมา ผู้ป่วยร้อยละ 100 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ระดับไขมันในเลือด ผู้ป่วยร้อยละ 100 ไม่ได้ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา และทางเท้า

2. การสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมารับบริการเพียงคนเดียว โดยผู้ป่วยจะมีลูกหลานมาส่งที่คลินิกในตอนเช้าและไปทำงาน เมื่อตรวจรักษาเสร็จแล้ว ผู้ป่วยบางรายจะโทรให้ลูกหลานมารับ บางรายเหมารถรับจ้างกลับบ้าน และผู้ป่วยบางรายเหมารถกลับพร้อมเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสะอาด สีหน้าแววตา สดชื่น แจ่มใส ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในคลินิก มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี กับเพื่อนผู้ป่วย และให้ความร่วมมือในการตอบคำถามและการสัมภาษณ์

3. ปัจจัยและพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเหมาะสมในระดับต่ำ ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนมาก รับประทานอาหารประเภทโปรตีนไม่เพียงพอ

รับประทานข้าวเหนียวกับผลไม้ เช่นกล้วยสุก มะม่วง น้อยหน่า และหรือมะขามหวาน ไม่รู้จักอาหาร แลกเปลี่ยน มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอย่าง ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ การรับประทานยาไม่ถูกต้อง และ ผู้ป่วยมาตรวจรักษาไม่ตรงนัด

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ใช้แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management Society of America: CMSA) ในการประเมินสภาพปัญหา การประสานงาน การเฝ้าระวัง การดำเนินการ การประเมินครั้งสุดท้าย การจำหน่ายและสิ้นสุดการดูแล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

วงรอบที่1

ขั้นการวางแผน (Plan) : ประเมินปัญหาผู้ป่วย เป็นรายบุคคล ทั้งด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ผู้จัดการรายกรณีให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เรื่องโรคเบาหวาน การรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ฝึกสอนผู้ป่วยในการวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง (HMBP) และ สอนเรื่องการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (HMBG) เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และ ประสานส่งต่อสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พบนักโภชนาการ เพื่อให้ความรู้และวางแผนเรื่องอาหาร ส่งพบเภสัชกร เพื่อให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา การฉีดยา การเก็บรักษายา การรับประทานยา และการฉีดยาที่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร ประสานส่งต่อพบนักกายภาพบำบัดเพื่อประเมิน และวางแผนเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นการปฏิบัติการ (Do) ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนของตนเอง รับประทานอาหาร และออกกำลังกายตามแผน การตรวจระดับน้ำตาล และความดันโลหิตด้วยตนเอง และบันทึกผล ลงสมุดประจำตัว บันทึกประเภทอาหาร และปริมาณอาหารที่รับประทาน การออกกำลังกายในแต่ละวัน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วย

ได้รับการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และมาตรวจตามนัดหมาย เดือนละ 1 ครั้ง

ขั้นสังเกตการณ์ (check): จากการติดตามเยี่ยม และการนิเทศกำกับติดตามผ่าน Line Group ในขั้นตอนนี้พบว่าผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นและมีความตื่นตัวในการปฏิบัติตามแผน ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ได้รับการดูแลเป็นรายบุคคล สามารถมาตรวจตามนัดได้ การรับประทานยาต่อเนื่องตรงเวลา การรับประทานอาหารดีขึ้น ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนมากขึ้น โดยการใช้เทคนิคไขแลกข้าวเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น แต่ยังคงไม่เพียงพอตามที่ไดวางแผนไว้ โดยอุปสรรคสำคัญได้แก่ ผู้ป่วยบางรายนั้นมียาการเบื่ออาหาร กินได้น้อย และแก้ไขปัญหานี้ด้วยการดื่มนมเปรี้ยว และนมแลคตาซอย รับประทานผลไม้ที่มีดัชนีน้ำตาลสูงและข้าวเหนียว ที่สำคัญได้แก่ ข้าวเหนียวบายโบก กินครั้ง 3-5 ลูก (มะม่วงน้อยสุกที่ปลิ้นเอาเม็ดออก แล้วเอาข้าวเหนียวยัดเข้าไป) “เมื่ออยากแหม่มคุณหมอ” “กินข้าวบ่อแซบ บัดกินข้าวกับกล้วยค้อยล่องคอ” หรือการกินข้าวเหนียวบายบักขามหวาน (เอาข้าวเหนียวขยำกับมะขามหวาน) การออกกำลังกายปฏิบัติได้มากขึ้น โดยวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ได้แก่การเดิน ผู้ป่วยเพศหญิงจะออกกำลังกายโดยการเดินหลังจากที่นั่งข้าวไว้ และจะออกเดินไปมาที่หน้าบ้าน โดยนัดหมายกับเพื่อนบ้านออกเดินไปด้วยกัน ประมาณ 15-30 นาที และ เดินไปวัด ในขณะที่เพศชาย จะใช้วิธีการปั่นจักรยาน และ เดินไปนา แทนการใช้รถจักรยานยนต์ การรับประทานยา และ ฉีดยาต่อเนื่อง สามารถเจาะน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหาร และ วัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง และลงบันทึก ผลการตรวจได้ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และสามารถมาตรวจตามนัด

สะท้อนผล (Reflex) : จากการสะท้อนผลลัพท์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยทุกราย มีระดับ HbA1C ลดลง มีผู้ป่วย 1 รายที่ HbA1C ลดลงผ่านเกณฑ์ และลดน้ำหนักได้ 15 กก. โดยผู้ป่วยรายนี้ใช้วิธีการทำ IF ร่วม

ด้วยการควบคุมอาหาร โดยผู้ป่วยศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากยูทูบ และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ต้องนอน รพ.

วกรอบที่ 2

ขั้นการวางแผน (Plan) : การวางแผนการดำเนินงานในวกรอบที่ 2 นี้ เริ่มจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยทุกรายอีกครั้ง พบว่า ปัญหาที่ยังคงต้องได้รับการแก้ไขต่อเนื่องได้แก่ เรื่องของอาหารโดยผู้ป่วยควรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องของดัชนีน้ำตาลในอาหาร และผลไม้ คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน อาหารแลกเปลี่ยน และจานอาหารสุขภาพ โดยในขั้นตอนนี้ ได้ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้แชร์ประสบการณ์ การปรับเปลี่ยนแต่ละด้านของตนเอง รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบ และการแก้ไขปัญหาก็ที่ผู้ป่วยเลือกใช้ ความภาคภูมิใจของตนเอง รวมทั้งการตั้งเป้าหมายในวกรอบที่ 2 โดยในวกรอบที่ 2 นี้ ผู้ป่วยเลือกเป้าหมายที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้เป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย และนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องจานอาหารสุขภาพ อาหารแลกเปลี่ยน ดัชนีน้ำตาล และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร

ขั้นการปฏิบัติการ (Do): ผู้ป่วยใช้จานอาหารสุขภาพ หยิบอาหารทุกอย่างที่จะรับประทานใส่ในจานในปริมาณที่รับประทานตามแผน และตรวจเลือดดูระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชม. ถ่ายรูปส่งข้อมูลทางกลุ่มไลน์

ขั้นสังเกตการณ์ (check): ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้เรื่องน้ำตาลในอาหารมากขึ้น หลังจากที่ได้มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อน และหลังอาหาร และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลหลังอาหารสูงขึ้น และมีผู้ป่วยบางรายมีอาการคล้ายระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อตรวจเลือดพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจริง

สะท้อนผล (Reflex) เมื่อผู้ป่วยมีการรับประทานยาต่อเนื่อง ถูกต้อง รับประทานอาหาร

เหมาะสม และมีการออกกำลังกาย ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ในผู้ป่วยบางราย ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมาก จนมีอาการน้ำตาลต่ำ

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์

ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี 3 ด้าน

1.ด้านผู้ป่วย

1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อดำเนินกิจกรรมครบ 2 วกรอบ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองทุกด้าน อยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ100

1.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีของผู้ป่วยเบาหวาน มีความพึงพอใจในรูปแบบการจัดการรายกรณีอยู่ในระดับสูง ภาคภูมิใจ ในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความรู้มากขึ้น สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้ลดยา รวมทั้งไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ต้องมานอนโรงพยาบาล รู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้น แข็งแรงขึ้น อาการชาปลายมือเท้าลดลง ค่าใช้จ่ายแฝงลดลงผู้ป่วยต้องการ ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยซื้อเครื่องตรวจน้ำตาล และเครื่องวัดความดันโลหิตไว้เป็นของตนเอง และบอกเล่าประสบการณ์แบ่งปันให้เพื่อนผู้ป่วยในคลินิก

2. ด้านผู้ให้บริการ ความคิดเห็นของทีมนสหวิชาชีพต่อรูปแบบการจัดการรายกรณี มีความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในระดับสูง เนื่องจากการแก้ไขปัญหานั้นมีการประเมินความต้องการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยแต่ละคนแบบจำเพาะเจาะจง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาแต่ละคนได้ตรงจุดและประเมินผลลัพธ์ได้ชัดเจน มีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ

3. ด้านคุณภาพบริการ (ผลลัพธ์ทางคลินิก)

3.1 อัตราการ admitted และ readmitted ด้วยปัญหาHyperglycemia หลังการดำเนินกิจกรรมเป็นศูนย์ ไม่มีผู้ป่วยที่ต้องAdmitted

3.2 อัตราการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีค่า HbA1C ลดลงจากก่อนเริ่มกิจกรรม ร้อยละ 100 โดยวงรอบที่ 1 มีค่าเฉลี่ยการลดลงของ HbA1C 4.77% วงรอบที่ 2 ลดลงจากวงรอบที่ 1 เฉลี่ย 2.42%

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยนำรูปแบบของการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยรูปแบบการจัดการรายกรณีนั้นสามารถลดระดับ HbA1C ได้ ร้อยละ 100 โดยในวงรอบที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของ HbA1C ลดลง 4.77% วงรอบที่ 2 ลดลงจากวงรอบที่ 1 2.42% ลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ผู้ป่วย และ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในระดับสูง ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยลดลง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จที่ได้แก่ ความเหมาะสมของการเลือกระเบียบวิธีวิจัย ที่เป็นงานคุณภาพ มีความยืดหยุ่นสูงสามารถปรับให้เข้ากับบริบทและสถานการณ์ได้ เป็นการวิจัยระหว่างการทำงานเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สอดคล้องกับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนาชัย อามาศย์มุลตรี⁵ ได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูจาน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร จากการใช้กระบวนการพัฒนาดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรางค์ พันธุ์เอี่ยม⁶ ได้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนารูปแบบในการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้การติดตามเยี่ยมโดยทีมเจ้าหน้าที่ ผลการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการติดตามเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่และได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาเป็นรายบุคคล มีเจตคติในการดูแลตัวเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณีที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลควบคุมการใช้แหล่งประโยชน์หรือแหล่งทรัพยากร ลดระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี โกศลจิตร⁷ เรื่องประสิทธิผลการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$) และ สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ โพธิ์ศรีทอง³ เรื่องการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณีโรงพยาบาลสระบุรี ที่พบว่าผลของการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวาน มีความพึงพอใจในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

- 1.การจัดการรายกรณีผู้ป่วยแต่ละรายจะใช้เวลา มาก ผู้จัดการรายกรณีควรมีเวลาในการจัดกิจกรรมอย่างเต็มที่
- 2.สหวิชาชีพ ทุกวิชาชีพ สามารถเป็นผู้จัดการรายกรณีได้ ดังนั้นหากมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนได้ครอบคลุมมากขึ้น
3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพเรื่องการใช้เทคนิค Motivation Interviewing เพื่อที่จะ

สามารถโน้มน้าวใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ด้านต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณดวงใจ มาสกุล หัวหน้างาน
ผู้ป่วยนอก สำหรับการสนับสนุน ช่วยเหลือ กระตุ้น ให้

กำลังใจ และเป็นที่ปรึกษา ขอขอบคุณครอบครัว และ
เพื่อนร่วมงาน ทีมงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาล
บ้านฝาง ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย เป็นอย่าง
ดี

เอกสารอ้างอิง

1. Novonordisk. 2017. Thailand blueprint for change_2017_th_pdf, www.Novonordisk.com
2. กุสุมา กังหลิ. 2557. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง: วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน- ธันวาคม 2557
3. วิไลวรรณ โพธิ์นิททอง. 2555. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณีโรงพยาบาลสระบุรี, วารสาร กองการพยาบาล ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม- สิงหาคม 2555
4. วีระยุทธ์ ชาดะกาญจน์. 2558. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research, วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม- มิถุนายน 2558
5. ธนาณย์ อามาศย์มุลตรี, 2559. การวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกู่จาน อำเภอคำชะโนด. วารสารก่อการณ์ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2559
6. สุรางค์ พันธุ์เอี่ยม, 2559. การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา https://www.ayo.moph.go.th/main/file_upload/subforms/2015_8
7. ราตรี โกศลฉัตร. 2560. ประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก, พยาบาลสาร ปีที่ 44

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน
ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิสัย อำเภอโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of a care model for the elderly with dependency by caregivers in the community
Community Health Center, Phon Phisai Hospital, Phon Phisai District, Nong Khai Province.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

นิชาพร นุสนทนา¹

Nichaporn Nusuntara¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 ประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ของศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลโพธิสัย 19 คน และญาติผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสอบถามความรู้ และประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิสัยยังไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ชัดเจน CG ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้ในการใช้แบบคัดกรองและการบันทึกแบบรายงานต่างๆ ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย (1) Care plan (2) การบันทึกสุขภาพ (3) กิจกรรมการเยี่ยมครั้งละ 2 ชม เดือนละ 4 ครั้ง การดูแลจนกว่าผู้สูงอายุจะเสียชีวิต (4) การประสานงานหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และ (5) การนัดประชุม CG เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อส่งรายงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นภายหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า CG มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.7 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อใดๆ รวมทั้ง CG และญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิสัย

Abstract

The objective of this action research was to develop a model and study the results of a model for caring for dependent elderly among community caregivers at Phon Phisai Hospital Community Health Center, Phon Phisai district, Nongkhai province. Divide into 3 phase: 1st phase studies the problem, 2nd phase develops the model and 3rd phase evaluates the results of the developed model. The sample group consisted of 19 elderly caregivers (Caregivers:CG) of the Phon Phisai Hospital Community Health Center and relatives of 30 dependent patients, Data were collected by focus group discussion. Inquiry of knowledge and evaluate satisfaction. Content analysis descriptive statistics were used: frequencies, percentages, means, and standard deviations and inferential statistics, paired t-test

The results of the study found that the Phon Phisai Hospital Community Health Center does not have a clear care model. CG lack of knowledge and skills in caring for patients and lack of knowledge in using screening forms and recording various reports. These causes a lack of confidence in caring for patients in the community. The developed format consist of (1) Care plan (2) health record (3) activities of visiting for 2 hours each time, 4 times a month, care until the elderly pass away, (4) coordination of involved agencies, and (5) schedule a CG meeting once a month to reports

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิสัย อำเภอโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

and exchange knowledge about problems and obstacles that arise. After applying the developed model, it was found that CG's knowledge increased significantly. (p -value<0.001), relatives' knowledge increased significantly. (p -value<0.001) and dependent elderly people had a 46.7 percent increase in their ADL scores. No complications or infections were found. In addition, CG and relatives were satisfied with the developed model at a good level.

Keywords: Caring for dependent elderly people ,Community caregiver ,Phon Phisai Hospital Community Health Center

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากกว่า 12 ล้านคนและเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบตามนิยามของสหประชาชาติในปี พ.ศ.2568 และคาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2573 ส่วนบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงก็มีจำนวนมากขึ้นตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ดูแลในชุมชนซึ่งเป็นวัยทำงานมีส่วนลดลงอย่างเห็นได้ชัด จึงส่งผลให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชน ปัญหานี้มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นระบบบริการสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการสร้างระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care: LTC)^{1,7} นโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุใน service plan จึงกำหนดให้การจัดบริการสาธารณสุขที่เป็นระบบการดูแลระยะยาว เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อมุ่งฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีตัวชี้วัด คือ ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan²

ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยมีเขตรับผิดชอบจำนวน 10 หมู่บ้าน ในปี2564- 2565 มี

จำนวนผู้สูงอายุ 813, 853 และ 892 คนและมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 30, 33 และ 35 คนตามลำดับ³ ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver :CG) จำนวน 19 คนโดยได้รับมอบหมายให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายการดูแลระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ถึงแม้จะมีการจัดอบรมความรู้และฝึกทักษะดังกล่าวให้แก่ CG แล้วก็ยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุได้ เนื่องจากไม่สามารถจดจำสิ่งที่ได้รับการอบรม ไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน พบผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ แผลกดทับ จำนวน 2, 1 และ 0 คน ข้อไหล่ติดจำนวน 12, 14 และ 11 คน ติดเชื้อจำนวน 1, 0 และ 0 คน CG ไม่สามารถรายงานการให้บริการเพื่อส่งเบิกค่าตอบแทนได้เนื่องจากไม่มีแบบฟอร์มที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ปวงนิมและคณะ⁴

ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ดูแลในชุมชนให้การดูแลที่มีความครอบคลุม และมีผลการปฏิบัติที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถบันทึกการดูแลได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

3.เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนของ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคายที่พัฒนาขึ้นจะทำให้ CG มีความรู้ความสามารถมากขึ้น สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมั่นใจ ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการนอนติดเตียงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะเวลา ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนสิงหาคม 2565

พื้นที่ ศึกษาในพื้นที่เขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยจำนวน 10 หมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ CG จำนวน 5 คน ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด 6 คน ประกอบด้วย (1) พยาบาลวิชาชีพ 3 คน (2) นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน (3) เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ดูแลในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดบงจำนวน 30 คน และทดลองใช้รูปแบบกับผู้ดูแลในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดบงจำนวน 3 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลของการประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง คือ CG ทั้งหมดของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย 19 คน และญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยจำนวน 30 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากคำนวณจากสูตร G*power พัฒนาจากแนวคิดของ Cohen (1998) เลือกใช้สถิติเปรียบเทียบ T test พบว่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.75 ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ถูก-ผิด ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคำตอบ “ข้อความที่ถูกต้อง คือคำตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน คำตอบ ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน” สำหรับ “คำตอบที่ถูกต้อง คือคำตอบ ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน คำตอบ ใช่ ให้ 0 คะแนน” โดยมีค่าคะแนนอยู่ที่ 0-11 คะแนน ระดับความรู้อย่างมาก (8-10 คะแนน) ระดับความรู้

ปานกลาง (6 – 7 คะแนน) ระดับความรู้ร้น้อย (ต่ำกว่า 6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน มีจำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ ดังนี้ ความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน (Best, 1978) ความพึงพอใจในระดับดี ค่าคะแนน 3.67-5.00 คะแนน ระดับปานกลาง ค่าคะแนน 2.67-3.66 คะแนน ระดับไม่ดีค่าคะแนน 1.00-2.66 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Brathel's Index ADL) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 คะแนนเต็ม 20 คะแนน (1) รับประทานอาหาร(2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) (4) ใช้ห้องสุขา (Toilet use) (5) การขึ้น - ลง บันได (stair) (6) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) (7) การอาบน้ำ (8) การสวมใส่เสื้อผ้า (9) การขับถ่ายอุจจาระ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) (10) การปัสสาวะ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) การแปลผลคะแนน ระดับดีมาก (16 คะแนนขึ้นไป) ระดับดี (12-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-11 คะแนน) ระดับไม่ดี (0-4 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group discussion) ในกลุ่มผู้ดูแลในชุมชน (CG) 5 คน โดยมีประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา ดังนี้ (1) รูปแบบการดูแลหรือกระบวนการในการให้บริการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นอย่างไร (2) ปัญหาอุปสรรคในการทำงานมีอะไรบ้าง และ (3) ความต้องการ พัฒนาส่วนขาดมีอะไรบ้าง

ส่วนที่ 6 ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth Interview) ในเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของศูนย์

สุขภาพชุมชนทั้งหมด 6 คน ในประเด็นเกี่ยวกับ (1) รูปแบบการดูแลหรือกระบวนการในการให้บริการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นอย่างไร (2) ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของพื้นที่มีอะไรบ้าง (3) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์สัศควรเป็นอย่างไร **เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย** คือ แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยได้พัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วย (1) ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview), แนวคำถามการสนทนากลุ่ม, แบบประเมินความพึงพอใจและแบบบันทึกการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา หาค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) มีค่าเท่ากับ 0.77 คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) มีค่า 0.85 เป็นไปตามเกณฑ์ (2) เนื้อหาแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิง นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Formula) KR-20 มีค่า 0.85 เป็นไปตามเกณฑ์ (3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Brathel Index ADL) พัฒนาจากจิงกูร ญัฐรังสีและคณะ ปี 2018⁵ มีค่าความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.77

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้เวลา 1 เดือน(ช่วงเวลา ระหว่าง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2565) มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหา หาประเด็นพัฒนา โดยการ

สนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้ดูแลในชุมชน และการการสัมภาษณ์เชิงลึก ในบุคลากรผู้ให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโพธิสัย 2) ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย 3) นำปัญหาข้อค้นพบมาประชุมชี้แจงและกำหนดประเด็นการพัฒนา และหาแนวทางการพัฒนา หลังจากนั้นจัดทำรูปแบบการพัฒนา

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ ใช้เวลา 2 เดือน (ระหว่าง เดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2565) ผู้วิจัยได้นำประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะจากระยะที่ 1 มาพัฒนาเป็นรูปแบบ สร้างเครื่องมือและทดลองใช้เครื่องมือ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลรูปแบบ ใช้ระยะเวลา 3 เดือน (เดือนพฤษภาคม- กรกฎาคม 2565) โดยใช้กระบวนการวิจัย 4 ขั้นตอน โดยใช้หลักการของแคมมิสและแมคทาากาท ประกอบด้วย 1) ขั้นวางแผน (Planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3) ขั้นสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) แบ่งเป็น 2 วรรบ

Plan ประชุมวางแผนงานและแจ้งขั้นตอนการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน,จัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและวิธีการบันทึกกิจกรรมการดูแลแก่ CGและญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง,จัดเตรียมแบบบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Action ให้ CG ออกปฏิบัติงานตามรูปแบบที่กำหนด

Observation สังเกตและประเมินผลการปฏิบัติงานของ CG

Reflection นำปัญหาและข้อเสนอแนะจาก CG และญาติมาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทและนำรูปแบบที่ได้จากข้อสรุปไปใช้อีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผลดี ผลเสียของการเข้าร่วม รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร อย่าง

ละเอียดด้วยวาจาและเอกสารชี้แจงและขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

2) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2565 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG และญาติ , ประเมินคะแนน Barthel ADL ของผู้ป่วย เป็น pre test

3) ดำเนินการให้การดูแลตามรูปแบบโดย CG หลังจากนั้น ดำเนินการทำการบันทึกกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีกิจกรรมดังนี้

3.1) จัดทำ Care plan ระบุกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล

3.2) มีแบบบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล

3.3) ลงเยี่ยมครั้งละ 2 ชม เดือนละ 4 ครั้ง

4) ให้การดูแลเป็นระยะเวลา 2 เดือน ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG, ประเมินคะแนน Barthel's ADL ของผู้ป่วยเป็น Post test และประเมินความพึงพอใจของ CGและญาติ ต่อรูปแบบการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา การจัดกลุ่มข้อมูล การตีความ สรุปความ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบ Paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย เลขที่ 3/2565 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564

ผลการวิจัย

CGและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล ผู้สูงอายุ ขาดความรู้เรื่องการบันทึกข้อมูลการดูแล ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง กังวล กลัวการให้การดูแลไม่ถูกต้อง ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยขาดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงที่ชัดเจน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย ที่ได้ ดังนี้

- 1) จัดทำ Care plan ระบุกิจกรรมของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล
- 2) มีแบบบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงรายบุคคล
- 3) ลงเยี่ยมครั้งละ 2 ชม เดือนละ 4 ครั้ง ให้การ ดูแลเป็นจนกว่าผู้สูงอายุจะเสียชีวิต
- 4) ประสานงานหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือให้ครอบคลุมทุกด้าน
- 5) มีการนัดประชุม CG เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อส่ง รายงานการดูแลผู้สูงอายุและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในชุมชน (CG) (N=19)

ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ100 อายุเฉลี่ย 52.0 ปี (SD.=5.92.) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปีร้อยละ 42.1 และอายุไม่เกิน 49 ปี ร้อยละ

42.1 รองลงมา 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.0 ส่วนใหญ่ เรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.4 รองลงมา เรียบจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 32.0 มี อาชีพเกษตรกรร้อยละ42.1 และรับจ้าง ร้อยละ42.1 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 68.4 รองลงมาเป็น โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.0 ประวัติการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 89.5 รองลงมาสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.5 ประวัติการดื่มสุราส่วนใหญ่ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 53.0 รองลงมาเคยดื่มแต่เลิกแล้วร้อยละ 21.1

ระดับความรู้ของผู้ดูแลในชุมชน (CG) ก่อนและ หลังการพัฒนาแบบ ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการ พัฒนา กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปาน กลาง ร้อยละ 52.6 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 36.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.05 คะแนน (SD.=1.43) คะแนนต่ำสุด 5 คะแนนและสูงสุด 10 คะแนน และ หลังการพัฒนา กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ใน ระดับมาก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ89.5 รองลงมาอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.5 โดยไม่มีระดับต่ำ โดยมี คะแนนเฉลี่ย 9.84 คะแนน (SD=1.54) คะแนนต่ำสุด 6 คะแนนและสูงสุด 11 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในชุมชน (CG) ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการ พัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนาคะแนนความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

การศึกษา	ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าความต่าง	t-test	p-value
ก่อนพัฒนา	8.05	1.43	1.79	6.598	<0.001
หลังพัฒนา	9.84	1.54			

P <0.05

หลังการพัฒนาแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในระดับดี ร้อยละ 100 โดยมีคะแนนความพึง

พอใจเฉลี่ย 4.20 คะแนน (SD. 0.44) ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3.82 และสูงสุด 5.00 ตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=30)

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 อายุเฉลี่ย 52.0 ปี (SD.=5.92.) ส่วนใหญ่อายุไม่เกิน 49 ปี ร้อยละ 53.3 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 รองลงมา เรียบจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 13.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.7 และรองลงมา มีรับจ้าง ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.3 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.7 ประวัติการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 และประวัติการดื่มสุราส่วนใหญ่ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 76.7 รองลงมา เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 20.0 และยังดื่มสุรา ร้อยละ 3.3

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนาในกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 33.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.70 คะแนน (SD.=1.98) คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน และสูงสุด 10 คะแนน และหลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 56.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.3 โดยมีระดับน้อย ร้อยละ 20.0

เมื่อผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนา คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

การศึกษา	ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าความต่าง	t-test	p-value
ก่อนพัฒนา	6.70	1.98	0.53	.3565	<0.001
หลังพัฒนา	7.23	2.04			

$P < 0.05$

หลังการพัฒนา รูปแบบพบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.0 รองลงมา มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.17 คะแนน (SD. 0.58) ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3.0 และสูงสุด 5.0 ตามลำดับ

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Brathel's Index ADL หลังการพัฒนา รูปแบบ (n=30) ก่อนการพัฒนา รูปแบบมีผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL อยู่ในระดับต่ำ (0-4 คะแนน) จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.7 และ ADL ระดับปานกลาง (5-11 คะแนน) จำนวน 19 คน ร้อยละ 63.3 ภายหลังพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ADL ระดับต่ำ (0-

4 คะแนน) มีคะแนนเพิ่มขึ้นจำนวน 4 คน (จาก 2 คะแนน เป็น 3 คะแนน) ร้อยละ 36.4 ADL คงที่จำนวน 7 คน ร้อยละ 63.6 ADL ระดับปานกลาง (5-11 คะแนน) จำนวน 19 คน จาก ADL 5 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น ADL 6 คะแนน จำนวน 4 คน ร้อยละ 21.1 จาก ADL 6 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น ADL 7 คะแนน จำนวน 6 คน ร้อยละ 31.6 ADL คงที่ 9 คะแนน จำนวน 9 คน ร้อยละ 47.4 สรุป ADL ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน พบว่า หลังจากการพัฒนา รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และนำไปใช้ มี ADL ดีขึ้น 14 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.7 แต่ก็ยังมี ADL คงที่จำนวน 16 คน คิดเป็น ร้อยละ 53.3 หลังจากนั้นจะติดตามพัฒนาต่อเนื่องให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมี ADL เพิ่มขึ้น และพยายามไม่ให้ ADL ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีลดต่ำลง ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลในชุมชนหรือ Care Giver(CG) เป็นจิตอาสาในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษาพบว่า ปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล ตลอดจนการใช้แบบคัดกรองรวมทั้งการบันทึกแบบรายงานต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในการดูแลในชุมชน ทำให้ CG ขาดความมั่นใจในการดูแล การไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จนนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีแนวทางชัดเจน มีการสอนสาธิต การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งช่วยให้สามารถปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างเหมาะสมพบว่า หลังพัฒนาการเขียนแผนการดูแลให้เหมาะสมแต่ละราย ตลอดจนวิธีการทำงานโดยมีทีมพี่เลี้ยงคือพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพของศูนย์สุขภาพชุมชน มีตารางเยี่ยม การติดตามโดยการประชุมประจำเดือน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลในแต่ละราย ซึ่งช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างผู้ดูแลในชุมชนและญาติของผู้มีภาวะพึ่งพิงในการร่วมกันดูแล ซึ่งส่งผลให้รูปแบบการดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผลความรู้ของ CG และญาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยังส่งผลให้ความพึงพอใจของ CG และญาติในภาพรวมอยู่ในระดับดี และทุกข้อมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการพัฒนามีการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยพัฒนามาจากสภาพปัญหาในพื้นที่และนำมาพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและการรับฟังความคิดเห็นของ CG และญาติ มาแก้ไขปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม จนทำให้ผลลัพธ์การพัฒนาดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์และคณะ⁶ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ได้พัฒนาโดยมีผู้ช่วยเหลือในชุมชนและญาติที่ดูแลประจำวัน มีการกำกับติดตามการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และมีการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยมีทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมให้คำปรึกษาซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของ ภาสกรสวนเรือง และคณะ⁷ ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในชุมชนหลังมีนโยบายทำให้ผู้ช่วยเหลือมีองค์ความรู้และทักษะต่างในการดูแลเพิ่มมากขึ้น การมีรูปแบบที่ชัดเจน มีพี่เลี้ยง มีทีม การมีแผนรายบุคคล (Care plan) ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นเช่นกัน การศึกษาค้นคว้านี้ยังสอดคล้องกับสัญญา ปวงนิยม และคณะ⁴ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ การกำหนดบทบาทหน้าที่และชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและวางแผนการดูแลรายบุคคล การประสานความร่วมมือในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งส่งผลให้ประสิทธิผลของการดูแลเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.001$) และผลลัพธ์การดำเนินการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ผลการศึกษาที่ได้จาก

การศึกษาในครั้งนี้เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น สามารถประกอบตนเองดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวอันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบด้วย แนวทางการทำงานที่ชัดเจน มีแบบบันทึกการทำงานที่ใช้งานง่ายและมีประสิทธิภาพสูง ทำให้ CG และญาติให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยในครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาและความต้องการการจัดระบบบริการระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยอาศัยศักยภาพของคนในชุมชนและสังคม เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กร และภาคีเครือข่าย และการพัฒนาได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนที่ครอบคลุมกิจกรรมที่ดูแล เพื่อลด

ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนในการส่งเสริมช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยใช้ศักยภาพของชุมชนที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในลำดับต่อไป เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณดร.เทพไทย โชติชัย คุณภรกดสุพน ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยทุกท่าน ขอขอบคุณอาสาสมัครที่ร่วมดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ภาสกร สวนเรือง อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 12(3);437-450.
2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.ตัวชี้วัดผู้สูงอายุ. <https://eh.anamai.moph.go.th/th/kpi-65>
3. สรุปรายชื่อศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย เอกสารอัดสำเนา.หนองคาย, 2564.
4. สุกัญญา ปวงนิม และคณะ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี. สารสารแพทย์เขต 4-5. 38(3) : 178 – 195
5. จิรัฏฐ์ ญัฐรังสี , สุนิตา ไชยมี , สุวรินทร์ จังจิตร , สุภาวีนี สุทะพิน และ สุปรียา โพธิ์อุดม.ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสุขของผู้สูงอายุ ชุมชนทุ่งขุนน้อย อุบลราชธานี. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences : Vol.2 No.1 January-March 2018. file:///C:/Users/Administrator/Downloads/admin-jrihs,+Journal+manager,+5.JRIHS+vol.2+no1-5+%E0%B8%88%E0%B8% A3.pdf
6. ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์, อรสา กงตาล.การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2563 หน้า 48-65
7. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). แนวทางการดำเนินงานโครงการ (พมจ.) กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2565 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/411>.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี. (2560). คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Long Term Care: LTC). [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2565 จาก https://www.nhso.go.th/page/fund_long_term_care.

9. การพัฒนาการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์และคณะ; วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์ ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2563 หน้า 48 – 65
10. ปวีณสุดา จันทน์และ ฟาไฮ สามารถ ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเทศบาลนคร นนทบุรี อำเภอกอ เมือง จังหวัดนนทบุรี
11. สุดกัญญา ปานเจริญ, อัจฉโรบล แสงประเสริฐ ผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันโปรแกรมประยุกต์บนอุปกรณ์สื่อสารชนิดพกพาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/259904/178638>
12. สุปัตรา สหายรักษ์, ภัทราวดี เทพสง. การฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น ผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมแล สุขภาพชุมชน, 5(3), 62

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

Factors Associated with Blood Sugar Control Among Type 2 Diabetes Patients in Mueang Phuket District, Phuket Province

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

ศรีไพร เอ่งฉ้วน¹

SRIPRAE ANGCHUAN¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต โดยได้ดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2567 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองภูเก็ต จำนวน 351 คน ข้อมูลถูกรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปัจจัยการสนับสนุนจากสังคม และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี แต่ยังมีความรู้บางอย่างไม่ถูกต้อง ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมีผลบวกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีการสนับสนุนในระดับดีจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะในด้านการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือ นอกจากนี้ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ถึงดี แต่ยังมีบางส่วนที่ควรปรับปรุง

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ปัจจัยเสี่ยง, การสนับสนุนจากสังคม, พฤติกรรมการกิน

Abstract

This study aimed to investigate the factors associated with blood glucose control in Type 2 diabetes patients and develop intervention strategies for Muang Phuket district. The survey research by cross-sectional study from April to May 2024 involved a sample of 351 Type 2 diabetes patients receiving services at primary care units in Phuket City. Data were collected using a questionnaire covering personal information, diabetes knowledge, social support factors, and blood glucose control behaviours.

The findings revealed that most patients had a good level of diabetes knowledge, although some aspects of their knowledge were incorrect. Social support from family and others positively impacted blood glucose control, particularly through information provision and care support. Although the overall blood glucose control behaviours were rated as adequate to good, some areas needed improvement.

Keywords: Type 2 diabetes, blood sugar control, risk factors, social support, dietary behaviors

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติด้านเมตาบอลิซึมของร่างกาย¹ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าปกติ เป็นผล

มาจากการหลั่งอินซูลินที่บกพร่อง การออกฤทธิ์ของอินซูลินไม่สมบูรณ์ หรือทั้งสองอย่าง สาเหตุของโรคเบาหวานส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น การมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน อีกส่วนหนึ่งเกิด

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองภูเก็ต

จากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม³

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีความรุนแรงขึ้น โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน ซึ่งกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยเอง ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต และปัญหาทางสายตา^{2,4}

ในอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อพัฒนาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองภูเก็ต
2. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) ทำการศึกษาระหว่าง 1 เมษายน ถึง 31 พฤษภาคม 2567

ประชากร : ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการรักษาโรคเบาหวาน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ เขตพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต จำนวน 5,766 คน

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต และได้รับการตรวจ HbA1C ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 3,556 คน กำหนดขนาดตัวอย่างในครั้งนี้ ใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วนของแดนเนียล⁵ (Daniel W.W., 2010: 192)

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2 (N-1) + z^2pq}$$

โดย

n = ขนาดของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

N = จำนวนประชากร 3,556 คน

z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ซึ่งมีค่า

สอดคล้องกับนัยสำคัญ โดยอ่านค่าได้ดังนี้ $\alpha = 0.05$,

$\alpha_{/2} = 1.96$

p = โอกาสที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (0.40)

q = โอกาสที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (0.6)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ มีค่าเท่ากับ 0.05

ดังนั้นขนาดของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จะเท่ากับ

$$n = 334.31$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนในการศึกษาได้จำนวน 334 คน เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในขณะเก็บข้อมูล และความครบถ้วนของข้อมูล จึงกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นคิดเป็น 5% ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีจำนวน 351 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างตามหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต เนื่องจากการกระจายของ ประชากรตัวอย่างแตกต่างกันตามพื้นที่บริการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้คำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละหน่วยบริการ ตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานของหน่วยบริการนั้น ๆ

การสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเลือกแบบมีระบบ (Systematic sampling) โดยเรียงลำดับบัญชีรายชื่อ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และได้รับการตรวจ HbA1C ในปีงบประมาณ 2566 หาช่วงของการเลือก ตัวอย่าง โดยใช้จำนวนรายชื่อทั้งหมดทั้งหมด หาค่าด้วย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เช่น จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 200 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ช่วงการเลือกเท่ากับ 10 คน ทุก ๆ 10 คน จะถูกเลือกเป็นตัวอย่าง จากนั้น ดำเนินการสุ่มหมายเลขเริ่มต้น ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยนำหมายเลขลำดับรายชื่อผู้ป่วยมาจัดทำเป็นฉลาก จากนั้นจับฉลากรายแรก ส่วนตัวอย่างรายชื่อ ๆ ไป นับ จากช่วงสัดส่วนที่กำหนดไว้ เรียงตามบัญชีรายชื่อของ หน่วยบริการจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของหน่วย บริการแต่ละแห่ง ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ถ้า ไม่มีบุคคลตามรายชื่อที่ทำการสุ่มได้หรือเมื่อไป สัมภาษณ์แล้วไม่พบบุคคลตามรายชื่อในช่วงเวลาที่ ดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้รายชื่อในลำดับถัดไป ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) (1) ผู้ป่วย โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐม ภูมิในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต (2) ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และได้รับการตรวจ HbA1C ในปีงบประมาณ 2566 (3) สามารถสื่อสาร ภาษาไทยได้เป็นอย่างดี (4) สมัยครใจและยินยอมให้ ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) (1) ผู้ที่ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย (2) ผู้ยินยอมตอนที่สมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย แต่ต่อมาได้ปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ข้อมูลส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคร่วม และ ผลตรวจค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลักษณะคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถาม ปลายเปิด ให้เติมคำตอบ

ข้อมูลส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ มี 2 ข้อตัวเลือก คือ ถูกและผิด คะแนน เต็ม 15 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คำตอบตาม ประเด็นที่ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดจะได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้ ศึกษาได้แบ่งระดับคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน	ร้อยละ	ความรู้
(12 - 15 คะแนน)	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ระดับดี
(9 - 11 คะแนน)	ร้อยละ 60-79	ระดับปานกลาง
(0 - 5 คะแนน)	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ

ข้อมูลส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการ สนับสนุนจากสังคม จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบ ประมาณค่า 3 ตัวเลือก ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับ บางครั้ง ไม่ได้รับเลย มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ	ให้ 3 คะแนน
ได้รับเป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่ได้รับเลย	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุนจาก สังคม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน ได้รับการ สนับสนุน ระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 คะแนน ได้รับการ
สนับสนุน ระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 คะแนน ได้รับการ
สนับสนุน ระดับควรปรับปรุง

ข้อมูลส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 20
ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การ
ออกกำลังกาย การรับประทานยารักษาเบาหวานและ
การจัดการความเครียด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ
ประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก มีทั้งข้อคำถาม
เชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน ดังนี้

การปฏิบัติ	ด้านบวก (คะแนน)	ด้านลบ (คะแนน)
เป็นประจำ	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	2	4
ไม่ปฏิบัติ	1	5

สำหรับการแปลผลพฤติกรรมการควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือด แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

พฤติกรรมระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00
คะแนน

พฤติกรรมฯ พอใช้ คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67
คะแนน

พฤติกรรมฯ ควรปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย 1.00-
2.33 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การ
ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยนำ
แบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน
พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา
ความชัดเจนและความครอบคลุมในเนื้อหา ลำดับ
ความสำคัญก่อนหลัง ความซับซ้อนและความสอดคล้อง
ต่อเนื่องของแบบสอบถาม เมื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณา
ตรวจสอบตามแบบประเมินแล้ว ผู้ศึกษาจึงนำแบบ

ประเมินไปทำการคำนวณหาค่าความตรงของเนื้อหา
(Content Validity) ในแบบสอบถาม จากสูตรในการ
คำนวณหาค่าความสอดคล้องแบบ IOC (Item
Objective Congruence Index) พบว่า ทุก ๆ ข้อ
คำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.6 ขึ้นไป จึงถือว่า
แบบสอบถามมีความเที่ยงตรง (Validity) นอกจากนี้ ได้
นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข ข้อ
คำถามให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องมากยิ่งขึ้น การ
หาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่าน
การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแก้ไขแล้วไป
ทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอกลาง
จังหวัดภูเก็ต จำนวน 30 คน และทำการวิเคราะห์หา
ความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์
อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป จากผลการ
วิเคราะห์ หากมีข้อคำถามที่มีค่า Corrected item total
correlation ติดลบหรือมีค่าน้อย ผู้วิจัยจะตัดข้อคำถาม
นั้นออก และพิจารณาความครบถ้วนของเนื้อหา จากนั้น
นำข้อคำถามแต่ละส่วนไปวิเคราะห์ค่าความเที่ยงอีกครั้ง
การประเมินความเที่ยงของแบบสอบถามได้ผลดังนี้
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ
0.73 ปัจจัยการสนับสนุนจากสังคม ได้ค่าความเที่ยง
เท่ากับ 0.73 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มี ได้ค่า
ความเที่ยงเท่ากับ 0.83 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้
ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73 พฤติกรรมการกินยารักษา
เบาหวาน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73 พฤติกรรมการ
จัดการความเครียด ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ผู้วิจัยจะดำเนินการ

(1) ประสานงานกับหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ
เขตพื้นที่อำเภอเมืองภูเก็ต เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม
คุณสมบัติที่กำหนด และนัดหมายกับผู้รับผิดชอบคลินิก
โรคเบาหวานของหน่วยบริการ

(2) สุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการเลือกแบบมีระบบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของหน่วยบริการแต่ละแห่ง

(3) โทรศัพท์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและนัดหมายวัน เวลา สถานที่ และรูปแบบการตอบแบบสอบถาม

(4) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

(5) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

วิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางด้านสังคม และปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางด้านสังคม และปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ สถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่น้อยกว่า 0.05 ทั้งนี้ ประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้ผลตรวจ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) จากแฟ้มข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย แปลผลเป็น 2 กลุ่ม คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c < 7\%$) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1c \geq 7\%$)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตที่ PKPH 014/67 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 351 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.9 เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยสุด 18 ปี อายุสูงสุด 84 ปี อายุเฉลี่ย 57.3 ± 9.6 จำแนกเป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ร้อยละ 55.3 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 29.3 สถานภาพสมรส ประเภทคู่ ร้อยละ 61.5 รองลงมาเป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 21.7 ด้านศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.5 ระดับการศึกษา อยู่ในช่วงประถมศึกษา ร้อยละ 53.0 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 12.3 และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 11.1 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเวลา 1 - 5 ปี ร้อยละ 44.7 และมีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 84.0

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามด้านความรู้ ถูกต้องและได้รับคะแนนน้อยที่สุด 4 คะแนน และสูงสุด 15 คะแนน ค่าเฉลี่ย 12.37 ± 2.03 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี 260 คน (ร้อยละ 74.1) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าปกติ ผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเท้าและผิวหนังมิให้เกิดบาดแผล และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คือการรักษากระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการกินยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปกติหรือต่ำ สามารถกินอาหารในแต่ละมื้อโดยไม่จำกัดปริมาณ และผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่จำเป็นต้องรักษาหรือกินยา

3. ปัจจัยเสริมการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง

จากการศึกษาปัจจัยเสริมการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในระดับดี (ร้อยละ 70.4) ซึ่งสะท้อนถึงความช่วยเหลือและการดูแลจากครอบครัว รวมถึงบุคคลรอบข้างที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลที่มีความถี่มากที่สุด นอกจากนี้ การดูแลจากครอบครัวในด้านการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การเตือนให้กินยาตามเวลา และการสนับสนุนให้ออกกำลังกาย ยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระดับพอใช้ (ร้อยละ 25.1) และระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 4.6) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเพิ่มความเข้าใจและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เพื่อเสริมสร้างการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างจึงมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการโรคเบาหวานที่ดียิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

4.ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
พฤติกรรมฯ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน)	131	37.3
พฤติกรรมฯ ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 คะแนน)	175	49.9
พฤติกรรมฯ ระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน)	45	12.8
พฤติกรรมการกินยารักษาเบาหวาน		
พฤติกรรมฯ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน)	97	27.6
พฤติกรรมฯ ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 คะแนน)	233	66.4
พฤติกรรมฯ ระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน)	21	6.0
พฤติกรรมการจัดการความเครียด		
พฤติกรรมฯ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน)	107	30.5
พฤติกรรมฯ ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 คะแนน)	219	62.4
พฤติกรรมฯ ระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน)	25	7.1
พฤติกรรมการกินอาหาร		
พฤติกรรมฯ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน)	140	39.9
พฤติกรรมฯ ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 คะแนน)	196	55.8
พฤติกรรมฯ ระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน)	15	4.3

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าในแต่ละด้านของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะพฤติกรรมการกินยารักษาเบาหวานที่มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 66.4 อยู่ในระดับพอใช้ และมีเพียงร้อยละ 27.6 ที่มี

พฤติกรรมในระดับดี แสดงให้เห็นว่าการติดตามการกินยาตามแพทย์สั่ง ยังคงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการการส่งเสริมและการสนับสนุนเพิ่มเติม

ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้เช่นกัน โดยมีร้อยละ 49.9

และร้อยละ 62.4 ตามลำดับ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยยังคงมีความท้าทายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางส่วนที่มีพฤติกรรมในระดับดีแสดงถึงความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการกินอาหารเป็นอีกหนึ่งด้านที่พบว่า มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 55.8 ที่มีพฤติกรรมในระดับพอใช้ ขณะที่ร้อยละ 39.9 มีพฤติกรรมในระดับดี ซึ่งบ่งชี้ถึงความสำคัญของการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรม การกินอาหารที่เหมาะสมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในด้านการกินยา

รักษาเบาหวาน การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด และการกินอาหาร เพื่อให้สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

5.การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การควบคุมระดับน้ำตาล พบว่า 62.96% ของ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ซึ่ง สะท้อนจากค่า HbA1C ต่ำกว่า 7% ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดการระดับน้ำตาลในเลือดได้ อยู่ในช่วงเป้าหมาย ขณะที่ 37.04% ของผู้ป่วยมีการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เนื่องจากค่า HbA1C เท่ากับหรือมากกว่า 7% ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วย ส่วนหนึ่งที่ยังคงมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาล จากข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน	ร้อยละ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C < 7)	221	62.96
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1C ≥ 7)	130	37.04

6.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การ

สนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ กับ การ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทาง สังคม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ กับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด		P-value
	คุมได้ (HbA1C < 7) n = 221	คุมไม่ได้ (HbA1C ≥ 7) n = 130	
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตน			0.010*
ระดับดี	171 (77.38)	89 (68.46)	
ระดับปานกลาง	50 (22.62)	39 (30.00)	
ระดับต่ำ	0 (0.00)	2 (1.54)	
ปัจจัยการสนับสนุนจากสังคม			0.001*

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด		P-value
	คุมได้ (HbA1C < 7) n = 221	คุมไม่ได้ (HbA1C ≥ 7) n = 130	
ระดับดี	164 (74.21)	83 (63.85)	
พอใช้	49 (22.17)	39 (30.00)	
ควรปรับปรุง	8 (3.62)	8 (6.15)	
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร			0.002*
ระดับดี	87 (39.37)	53 (40.77)	
พอใช้	129 (58.37)	67 (51.54)	
ควรปรับปรุง	5 (2.26)	10 (7.69)	
พฤติกรรมการกินยารักษาเบาหวาน			0.014*
ระดับดี	68 (30.77)	29 (22.31)	
พอใช้	138 (62.44)	95 (73.07)	
ควรปรับปรุง	15 (6.79)	6 (4.62)	

จากตารางที่ 3 พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคเบาหวาน (P-value = 0.010) ปัจจัยการสนับสนุนจากสังคม (P-value = 0.001) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (P-value = 0.002) และพฤติกรรมการกินยารักษาเบาหวาน (P-value = 0.014) ซึ่งหมายความว่า การมีความรู้ที่เพียงพอ การสนับสนุนจากสังคม การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม และการกินยาตามคำสั่งแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในขณะที่ตัวแปรอื่น ๆ เช่น ลักษณะทั่วไปทางประชากรและพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอาจเป็นเพราะปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบน้อยต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรืออาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้รับการศึกษาในงานนี้ที่มีบทบาทมากกว่าในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า เนื่องจากสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามหลักการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การกินยารักษาโรคเบาหวาน และการจัดการความเครียด มีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และการสนับสนุนจากสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลรอบข้าง มีผลอย่างมากต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย และส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

การศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีของการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งระบุว่า การมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรังอย่างโรคเบาหวาน นอกจากนี้ การสนับสนุนจากสังคมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและความมั่นใจ

ในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ในหลายประการ ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของฮิลล์และสมิท (Hill & Smith)⁶ ที่พบว่า การสนับสนุนจากสังคมมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น และงานวิจัยของโอเร็ม (Orem)⁷ ที่เน้นถึงความสำคัญของความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตาม มีบางงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยทางเพศและอายุอาจไม่ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือความรู้และการสนับสนุนจากสังคม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ แอนน์ จีระพงษ์สุวรรณ และปิณดา แสงผล⁸ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น งานวิจัยของ อิศร์ศักดิ์ พาจันทร์ และคณะ⁹ ยังยืนยันว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการใช้ยารักษาเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ การสนับสนุนจากสังคมยังมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้และทักษะในการจัดการโรคของตนเอง ผลการวิจัยเหล่านี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนสามารถส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและจัดการโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางชิ้น เช่น อีสเรศ จันทร์ตระกูล และคณะ¹⁰ พบว่าเพศและอายุไม่ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งตรงกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าปัจจัยด้าน

เพศและอายุไม่ได้มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

จากการอภิปรายผลนี้ สามารถสรุปได้ว่า ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ซึ่งให้เห็นว่าความรู้ การสนับสนุนจากสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศและอายุอาจไม่ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รวมถึงการปรับปรุงพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการกินยาตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนานโยบายและโปรแกรมที่เน้นการสนับสนุนทางด้านพฤติกรรมและสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้ผลการวิจัยนี้มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ที่เน้นการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และการปรับปรุงพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผ่านการจัดอบรมและกิจกรรมการศึกษาในชุมชน รวมถึงการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนที่เข้มแข็งในครอบครัวและสังคมท้องถิ่น การนำเสนอผลการวิจัยและข้อเสนอแนะนี้ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์และการสัมมนา สามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงปฏิบัติที่ส่งผลดีต่อการจัดการโรคเบาหวานในชุมชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. เทพ หิมะทองคำ และคณะ. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์ พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ฯ; 2548.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 22 ม.ค.67]; <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php>.
3. วิชัย เอกพลกร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - 2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มจำกัด; 2553.
4. ชัชชาติ รัตตสาร. สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 22 ม.ค.67] ; Thailand Blueprint for Change_ 2017_TH.pdf (novonordisk.com)
5. Goldingay J. Daniel, Volume 30. Zondervan Academic; 2019 Dec 3.
6. ศรีญาญา ตัวงเจริญ และศันสนีย์อรุณศิริ. (2550).การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนตำบลห้วยเหินยว อำเภอดำรงวิทยารัษฎานุบำรุง. โปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.
7. ทวีพร เตชะรัตนมณี. (2547). ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภูเก็ต พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
8. แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ปวีณา แสงผล.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2554; 9(2):130 - 42.
9. อธิศักดิ์ พาจันท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, นิรันดร์ ธาระคร.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2565.
10. Isares Chantsakul, Jutatip Sillabutia, Pantyp Ramasoota. Determining factor of the Effectiveness of blood glucose level control among diabetes patient in Maepruk District Lampang Province Thailand. J Public Health and Develop 2007; 7(2): 55 - 64.

การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่อความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ของกลุ่มพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง

The ergonomic risk assessment of musculoskeletal and skeletal disorders in employees working at a plastic automotive parts manufacturing plant

(Received: August 28,2024 ; Revised: September 9,2024 ; Accepted: September 11,2024)

วรพล สงชุม¹, เสรีย์ ตูประกาย¹, ปิยะรัตน์ ปรีย์มาโนช¹, นันทน์ภัทร อินยิม¹, โกวิท สุวรรณหงษ์², วัฒนา จันทะโคตร¹
Worapon Songchum¹, Seree Tuprakay¹, Piyarat Premanoch¹, Nannapasorn Inyim¹, Kowit Suwannahong²
and Wattana Chanthakhot¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์จากท่าทางการทำงานที่จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของกลุ่มพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง จากกลุ่มตัวอย่าง 55 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้านอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง และการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์โดยใช้เครื่องมือ ประเมินร่างกายส่วนบนคือ RULA (Rapid Upper Limb Assessment) และร่างกายส่วนล่างคือ REBA (Rapid Entire Body Assessment) ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงของท่าทางการทำงาน

ผลการศึกษาพบว่าพนักงานส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 35.13 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 63.64 และจากการประเมินความเสี่ยงของท่าทางการทำงาน ของพนักงานในแต่ละลักษณะงานของแต่ละแผนก ผลความเสี่ยงทางการยศาสตร์ด้วยแบบประเมิน RULA พบว่า พนักงานในแผนกทำลูกลอย มี คะแนน Final score เท่ากับ 3 อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ระดับ 2 คือ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 30.77 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ด้วยแบบประเมิน REBA พบว่า พนักงานในแผนกฉีดขึ้นรูป มีคะแนน final score เท่ากับ 12 อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ 5 คือความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที คิดเป็นร้อยละ 36.67 และพนักงานในแผนกบรรจุชิ้นงานส่วนใหญ่ มีคะแนน final score เท่ากับ 10 อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ 4 คือความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 66.67

คำสำคัญ: การยศาสตร์, การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์, Rapid Upper Limb Assessment (RULA), Rapid Entire Body Assessment (REBA)

Abstract

This research was survey research aimed at evaluating the ergonomic risk levels related to working postures that may lead to musculoskeletal and skeletal disorders among employees at a plastic automotive parts manufacturing plant. The study involved a sample of 55 employees, with data collected using a questionnaire on musculoskeletal disorders and ergonomic risk assessment tools, specifically the RULA (Rapid Upper Limb Assessment) for upper limbs and REBA (Rapid Entire Body Assessment) for lower limbs.

The study found that all employees were female, with an average age of 35.13 years and 63.64% having completed secondary education or equivalent. The RULA assessment results indicated that employees in the floating ball department had a final score of 3, placing them in risk level 2, which suggests the need for further

¹ สาขาวิชาวิศวกรรมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

study and continuous monitoring, accounting for 30.77%. The REBA assessment revealed that employees in the injection molding department had a final score of 12, indicating a risk level of 5, which is very high and requires immediate improvement, representing 36.67%. Additionally, employees in the packaging department mostly had a final score of 10, indicating a risk level of 4, which is high and necessitates further analysis and prompt improvement, accounting for 66.67%.

Keywords: Ergonomics, Ergonomic Risk Assessment, Rapid Upper Limb Assessment (RULA), Rapid Entire Body Assessment (REBA)

บทนำ

ความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่าง (WMSDs) เป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งมักเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การใช้แรงมากเกินไป การทำงานที่ต้องทำซ้ำ ๆ และการนั่งหรือยืนทำงานเป็นเวลานาน¹ โรงงานผลิตชิ้นส่วนพลาสติกสำหรับยานยนต์มีขั้นตอนการทำงานที่หลากหลาย เช่น การฉีดขึ้นรูป การประกอบ การบรรจุ และการตรวจสอบคุณภาพชิ้นงาน ซึ่งแต่ละขั้นตอนอาจมีความเสี่ยงที่ทำให้เกิด WMSDs หากไม่จัดการกับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์อย่างเหมาะสม ซึ่งการนั่งหรือยืนทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานในโรงงานประเภทนี้อาจก่อให้เกิดความเมื่อยล้าและความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างได้ง่าย เช่น การบาดเจ็บที่หลัง คอ ไหล่ และข้อมือ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงาน²

จากผลการศึกษาการประเมินความเสี่ยงทางกายศาสตร์ด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment) กลุ่มพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ พบว่าพนักงานส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติในบริเวณ มือและข้อมือ หลังส่วนบนและหลังส่วนล่าง³ และจากการศึกษาการประเมินความเสี่ยงทางกายศาสตร์ ด้วยวิธี RULA (Rapid Upper Limb Assessment) ในกลุ่มพนักงานสำนักงานพบว่า มีอาการผิดปกติในบริเวณไหล่ หลังส่วนล่าง คอ และหลังส่วนบน⁴ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากท่าทาง

การทำงานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว ดังนั้นการปรับปรุงท่าทางการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงเหล่านี้⁵

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงจากท่าทางการทำงานที่อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่าง ในกลุ่มพนักงานที่ทำงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนพลาสติกสำหรับยานยนต์ โดยเน้นที่การระบุความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์เพื่อเสนอข้อแนะนำในการปรับปรุงสภาพการทำงาน ซึ่งอาจรวมถึงการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน การใช้เครื่องมือที่เหมาะสม หรือการปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพในระยะยาวและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงจากท่าทางการทำงานที่อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่าง ในกลุ่มพนักงานที่ทำงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนพลาสติกสำหรับยานยนต์

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงทางกายศาสตร์จากท่าทางการทำงานที่จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างของกลุ่มพนักงานที่

ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้านอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง แบบประเมินการยศาสตร์ท่าทางในการทำงานด้วยวิธี RULA (Rapid Upper Limb Assessment) และแบบประเมินการยศาสตร์ท่าทางในการทำงานด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment) เพื่อวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงของท่าทางการทำงานที่เสี่ยงต่อความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยทำการศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่างพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติก จำนวน 55 คน

กลุ่มตัวอย่างมาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จากประชากร 64 คน (N) ได้ผลลัพธ์ว่าควรเก็บข้อมูลโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นเพศหญิง อายุ 25-45 ปี มีอายุการทำงานในปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมชิ้นส่วนพลาสติกยานยนต์ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ รวมถึงไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือรับการรักษอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่วินิจฉัยโดยแพทย์ เกณฑ์คัดออกคือ ปฏิเสธที่จะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไป รวมถึงมีประวัติการเจ็บป่วยหรือรับการรักษอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่วินิจฉัยโดยแพทย์ และอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามด้านอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ปรับปรุงมาจากแบบคัดกรองผู้ป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ⁶ โดยกลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามเองร่วมกับมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำเพื่อความเข้าใจ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

2) แบบประเมินการยศาสตร์ท่าทางในการทำงานด้วยวิธี RULA (Rapid Upper Limb Assessment)⁷ เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาการบาดเจ็บของร่างกายที่อาจเกิดจากการทำงาน โดยแยกพิจารณาตำแหน่งและการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม A ประกอบด้วย แขนท่อนบน แขนท่อนล่าง ข้อมือ และการบิดข้อมือ และกลุ่ม B ประกอบด้วย คอ ลำตัว และขา ท่าทางการเคลื่อนไหวในแต่ละกลุ่มจะถูกประเมินและให้คะแนนสำหรับแต่ละช่วงของการเคลื่อนไหว แล้วปรับค่าคะแนนท่าทางด้วยภาระของการใช้กล้ามเนื้อและโหลดที่ต้องรองรับในการเคลื่อนไหวที่เป็นคะแนนรวม และแปลผลความเสี่ยงเป็น 4 ความเสี่ยงตามคะแนนรวม คือ คะแนน 1-2 หมายถึง ยอมรับได้ คะแนน 3-4 หมายถึง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง คะแนน 5-6 หมายถึง งานนั้นเริ่มเป็นปัญหา ควรทำการศึกษาเพิ่มเติม และควรปรับปรุง คะแนน 7 หมายถึง งานนั้นมีปัญหาทางการยศาสตร์ และต้องมีการปรับปรุงทันที

3) แบบประเมินการยศาสตร์ท่าทางในการทำงานด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment)⁸ มีการประเมินเป็น 2 กลุ่มหลักคือ กลุ่ม A ประกอบด้วย การประเมินคอ ลำตัว และขา และกลุ่ม B ประกอบด้วย การประเมินส่วนแขนและข้อมือ โดยทำการประเมินทั้งหมด 6 ขั้นตอน ขั้นตอนการประเมินด้วยเทคนิค REBA ในส่วนขั้นตอนที่ 6 ขั้นตอนตอนสุดท้ายนั้นจะเป็นการนำค่าคะแนนความรุนแรงรวมทั้งหมดจากขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 5 มาประเมินความเสี่ยง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และแปลผลความเสี่ยงเป็น 5 ความเสี่ยงตามคะแนนรวม คือ คะแนน 1 หมายถึง ความเสี่ยง

น้อยมาก คะแนน 2-3 หมายถึง ความเสี่ยงน้อย ยังไม่ต้องมีการปรับปรุง คะแนน 4-7 หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรได้รับการปรับปรุง คะแนน 8-10 หมายถึง ความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง คะแนน >11 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที

3. การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายท่าทางการทำงานโดยใช้วิธีการประเมินการยศาสตร์ท่าทางในการทำงาน โดยใช้ค่าสถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก เลขที่โครงการ ที่ อว 0651.303(6)/992 วันที่ 30 กรกฎาคม 2567 หมายเลข COA No.027 RMUTTO REC No. 024/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง จำนวน 55 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 35.13 ปี (Min=23, Max=44) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 63.64 และมีสถานะภาพโสด ร้อยละ 56.36 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.64 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 78.18 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.

2. การประเมินความเสี่ยงของท่าทางการทำงาน ด้วยแบบประเมิน RULA และ REBA

ตารางที่ 1 ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ จากการประเมินการยศาสตร์ด้วยวิธี RULA แผนกทำลูกลอย (n=13)

ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ แผนกทำลูกลอย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับ 1 ยอมรับได้	9	69.23
ระดับ 2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง	4	30.77
ระดับ 3 งานนั้นเริ่มเป็นปัญหา ควรหาการศึกษาเพิ่มเติม และควรปรับปรุง	0	00.00
ระดับ 4 งานนั้นมีปัญหาทางการยศาสตร์ และต้องมีการปรับปรุงทันที	0	00.00

จากตารางที่ 1 ผลการใช้แบบประเมินการยศาสตร์ท่าทางในการทำงานด้วยวิธี RULA ประเมินในกลุ่มพนักงานในกลุ่มงานแผนกทำลูกลอย ส่วนใหญ่มีคะแนน Final score เท่ากับ 2 อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ระดับ 1 หมายถึงยอมรับได้ คิดเป็นร้อยละ 69.23 และมีคะแนน Final score เท่ากับ 3 อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ระดับ 2 หมายถึง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 30.77



ภาพที่ 1 ท่าทางการทำงาน
ของพนักงานแผนกทำลูกลอย

ตารางที่ 2 ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ จากการประเมินการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA แผนกฉีดขึ้นรูป (n=30)

ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ แผนกฉีดขึ้นรูป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับ 1 ยอมรับได้ ความเสี่ยงน้อยมาก	0	00.00
ระดับ 2 ความเสี่ยงน้อย ยังไม่ต้องการปรับปรุง	0	00.00
ระดับ 3 ความเสี่ยงปานกลาง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรได้รับการปรับปรุง	0	00.00
ระดับ 4 ความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง	19	63.33
ระดับ 5 ความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที	11	36.67

จากตารางที่ 2 ผลการใช้แบบประเมินการยศาสตร์ท่าทางในการทำงานด้วยวิธี REBA ประเมินในกลุ่มพนักงานในกลุ่มงานแผนกฉีดขึ้นรูป ส่วนใหญ่มีคะแนน Final score เท่ากับ 10 อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ระดับ 4 หมายถึง ความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 63.33 และมีคะแนน Final score เท่ากับ 12 อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ระดับ 5 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที คิดเป็นร้อยละ 36.67



ภาพที่ 3 ท่าทางการทำงาน
ของพนักงานแผนกฉีดขึ้นรูป

ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ จากการประเมินการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA แผนกบรรจุชิ้นงาน (n=12)

ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ แผนกบรรจุชิ้นงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับ 1 ยอมรับได้ ความเสี่ยงน้อยมาก	0	00.00
ระดับ 2 ความเสี่ยงน้อย ยังไม่ต้องการปรับปรุง	0	00.00
ระดับ 3 ความเสี่ยงปานกลาง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรได้รับการปรับปรุง	0	00.00
ระดับ 4 ความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง	8	66.67
ระดับ 5 ความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที	4	33.33

จากตารางที่ 3 แผนกบรรจุชิ้นงาน ส่วนใหญ่มีคะแนน Final score เท่ากับ 8 อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ระดับ 4 ความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง หมายถึง ยอมรับได้ คิดเป็นร้อยละ 66.67 และมีคะแนน Final score เท่ากับ 11 อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ระดับ 5 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที คิดเป็นร้อยละ 33.33



ภาพที่ 3 ท่าทางการทำงาน ของพนักงานแผนกบรรจุชิ้นงาน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ได้ออกแบบเพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงของท่าทางการทำงานที่จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติก จากการประเมินการทำงานท่าทาง และสภาพแวดล้อมในพื้นที่ปฏิบัติงาน ของพนักงานด้วยแบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ RULA และ REBA

ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานแผนกฉีดขึ้นรูป และ พนักงานที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานแผนกบรรจุชิ้นงาน พบระดับความเสี่ยงอยู่ที่ระดับ 4 เป็นส่วนใหญ่ โดยคิดเป็นร้อยละ 63.33 และร้อยละ 66.67 ซึ่งลักษณะของการทำงานส่วนใหญ่เป็นงานที่มีการคัดแยกชิ้นงาน ตรวจสอบชิ้นงาน และบรรจุชิ้นงาน เป็นการทำงานซ้ำๆในท่าทางเดิมๆ ซึ่งลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นการทำงานในลักษณะท่าทางการยืนทำงานและการเคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ทิพย์พิลา⁹ ได้ศึกษาและการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของคณงานขนส่งสินค้า ณ ตลาดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า ค่าคะแนนการประเมินระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์โดยใช้วิธี REBA มีค่าคะแนนความเสี่ยงอยู่ในระดับ 4 หมายถึง งานนั้นมีความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง และนอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า พนักงานที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานแผนกฉีดขึ้นรูป และ พนักงานที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานแผนกบรรจุชิ้นงาน มีระดับความเสี่ยงอยู่ที่ระดับ 5 หมายถึง งานนั้นมีปัญหาด้านการยศาสตร์มีความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที โดยคิดเป็นร้อยละ 36.67 และร้อยละ 33.33 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญาภรณ์

แก้วยศ¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาการประเมินความเสี่ยงภาระงานของกล้ามเนื้อและความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในพนักงาน ที่มีการยกลำเลียงในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งพบพนักงานมีความเสี่ยงสูงมากที่สุด มีคะแนนรวมโดยเฉลี่ย เท่ากับ 9.33 ± 0.52 ซึ่งหมายถึง ความเสี่ยงสูงควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้พบว่า ผลการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์การทำงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแสดงให้เห็นว่าพนักงานในแผนกฉีดขึ้นรูปและแผนกบรรจุชิ้นงานมีท่าทางการทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จำเป็นต้องมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางการยศาสตร์เพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังโรคและปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานในโรงงานได้ โดยข้อเสนอแนะในการดำเนินการมีดังนี้

1. การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานตามหลักการยศาสตร์ โดยใช้หลักการทางวิศวกรรมในการปรับปรุงสถานงานในกระบวนการผลิต เช่น ปรับปรุงความสูงของโต๊ะและอุปกรณ์ที่ใช้ในงานฉีดขึ้นรูปและบรรจุชิ้นงานให้เหมาะสมกับสรีระของพนักงาน เพื่อลดความเสี่ยงจากการทำงานในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง

2. การออกแบบช่วงเวลาพักให้เหมาะสม ควรมีวางแผนการพักระหว่างการทำงานที่เพียงพอและเหมาะสม เพื่อให้พนักงานสามารถพักกล้ามเนื้อและหลีกเลี่ยงการทำงานในท่าทางซ้ำ ๆ ที่อาจทำให้เกิดความเมื่อยล้าและความเครียดของกล้ามเนื้อ

3. การฝึกอบรมให้ความรู้ทางการยศาสตร์ ควรจัดฝึกอบรมเพื่อให้พนักงานเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานในท่าทางที่ถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน

4. การใช้หลักการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ ควรมีการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพของพนักงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในแผนกที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่าง

ซึ่งการดำเนินการตามข้อเสนอแนะเหล่านี้จะช่วยให้โรงงานสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน และสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น

สำหรับพนักงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ประเภทพลาสติกแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณอาจารย์มงคล รัชชะ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้งานวิจัยนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.ลักขณา เหล่าเกียรติ. การบาดเจ็บความผิดปกติและโรคจากการทำงาน การป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
- 2.สุทธิ ศรีบุรพา. เออร์โกโนมิกส์ วิศวกรรมมนุษย์ปัจจัย (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ซีเอ็ดดูเคชั่น; 2540.
- 3.นภานันท์ ดวงพรม และสุนิสา ชายเกลี้ยง. การรับรู้ความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในพนักงานผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์แห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 18(5):880-891.
- 4.เมธิณี ครุสนธิ์ และสุนิสา ชายเกลี้ยง. ความชุกความรู้สึไม่สบายบริเวณ คอ ไหล่และหลังของ พนักงานสำนักงานของมหาวิทยาลัยที่ใช้คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา 2557; 15:1712-1722.
- 5.กิตติ อินทรานนท์. การยศาสตร์ ERGONOMICS (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
- 6.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. คู่มือการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่1). นนทบุรี: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม; 2559.
- 7.McAtamney L. and Corlett, N. RURA Survey method for the investigation of work related upper limb disorders. Apply Ergonomics 1993; 24(2):91-99.
- 8.Hignett S. and McAtamney L. Rapid entire body assessment (REBA). Applied Ergonomics 2000; 31: 201-205.
- 9.จีราพร ทิพย์พิลา. ความเสี่ยงจากท่าทางการทำงานของคนงานขนสินค้า ณ ตลาดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม 2565; 5(1):1-8.
- 10.ปริญญาภรณ์ แก้วยศ. การประเมินภาระงานของกล้ามเนื้อและความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในพนักงาน ที่มีการยกลำเลียงในโรงงานอุตสาหกรรม. วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม 2563; 4(2):62-72.

การพัฒนาารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการที่ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

Developing cervical cancer screening services for women of reproductive age receiving services at Metropolitan Health and Wellness Institution.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

ฉันทนา อ่อนสมจิตร¹, สุภาวดี คงโพธิ์น้อย¹, สุภาพรณ อยู่ประเสริฐ¹

Chantana Onsomjit¹, Supawadee Kongphonoi¹, Supapan Yooprasert¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทเกี่ยวกับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตบางเขน กรุงเทพฯ เพื่อพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง และประเมินรูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทเกี่ยวกับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการจำนวน 110 คน ด้วยแบบสอบถามทัศนคติของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 3 ใช้รูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในหญิงวัยเจริญพันธุ์จำนวน 110 คน ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ระหว่างวันที่ 14 พฤษภาคม 2567-7 กรกฎาคม 2567 ระยะที่ 4 ประเมินผลการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษา พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและอายุ หลังการพัฒนาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกด้านทักษะการเข้าถึง หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุด ($M = -5.66$, $SD = 6.04$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จากมีการให้ข้อมูลการเข้าถึงโรคมะเร็งที่ถูกต้อง ความพึงพอใจต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุด ($M = -5.22$, $SD = 4.73$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการรับบริการ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หญิงวัยเจริญพันธุ์ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

Abstract

This research was an action research. The objectives of this research were to study the attitudes of cervical cancer screening among reproductive-age women in Bang Khen District, Bangkok. To develop a model for cervical cancer screening services among reproductive-age women receiving services and to evaluate the model for cervical cancer screening services among reproductive-age women receiving services at the Metropolitan Health and Wellness Institution. Phase 1 studied attitudes of cervical cancer screening among 110 samples receiving a questionnaire on attitudes toward cervical cancer screening. Phase 2 developed a model for cervical cancer screening services. Phase 3 used a model for cervical cancer screening services among 110 reproductive-age women receiving cervical cancer screening services at the Metropolitan Health and Wellness Institution, between May 14, 2024 and July 7, 2024. Phase 4 evaluated the results of cervical cancer screening services.

Result: was found that service recipients lacked knowledge about how to take precautions to prevent cervical cancer and embarrassment. After the development, it was found that health literacy on cervical cancer in terms of access skills After development, it increased the most ($M = -5.66$, $SD = 6.04$) at a statistical significance of 0.05 from providing correct information on access to cancer. Satisfaction with receiving cervical cancer screening

¹ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง กรมอนามัย

services in terms of process/procedures for providing services after development increased the most ($M = -5.22$, $SD = 4.73$) at a statistical significance of 0.05 from having a specific service system for the group.

Keywords: development of service delivery formats, cervical cancer screening, women of reproductive age, Metropolitan Health and Wellness Institution

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิงรองจากมะเร็งเต้านมและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในสตรีทั่วโลก จากการบันทึกค่าประมาณอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมะเร็งทั่วโลก โดยองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer, IARC) ได้พยากรณ์อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 13.1 ต่อแสนประชากร และอัตราการตาย 6.9 ต่อแสนประชากร¹ สำหรับประเทศไทย ปัจจุบัน มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มสูงขึ้นในสตรีไทยเช่นกัน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เผยแพร่สถิติผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกประมาณ 4,500 รายต่อปี และพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 คน ต่อปี นั่นคือจะมีสตรีไทยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกวันละ 8-10 ราย² จากรายงานการเกิดโรคพบมากในกลุ่มวัยทำงานซึ่งอายุเฉลี่ย 30-50 ปี³ มะเร็งปากมดลูกส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเศรษฐกิจ โดยสามารถลุกลามไปอวัยวะอื่น จนผู้ป่วยเสียชีวิต สมาชิกครอบครัวอาจวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วยจนทำให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ทั้งครอบครัวและรัฐบาลมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก ส่งผลให้ประเทศชาติขาดกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนพัฒนาประเทศ ทั้งนี้ หญิงวัยเจริญพันธุ์ถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกนั่นเอง จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์สูงส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งสร้างภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจแก่ประเทศชาติ ซึ่งหากได้รับการตรวจพบและรักษาในระยะเริ่มแรกอย่างรวดเร็ว อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามจะลดลง และวิธีการ

ที่ดีที่สุด ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกคือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะทำให้สามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะต้นได้มากขึ้นและมีโอกาสในการรักษาให้หายได้ ฉะนั้นการมีความรอบรู้ทางสุขภาพจึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งของหญิงวัยเจริญพันธุ์⁴ ดังนั้นหญิงกลุ่มเสี่ยงนี้จึงควรทราบถึงวิธีการตรวจ กลไกการเกิดโรคและวิธีการป้องกันการเกิดโรคอย่างถูกต้องเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของหญิงวัยเจริญพันธุ์ต่อไป

จากผลการศึกษาของ International Research on Cancer (IARC/WHO) พบว่าถ้าทำ Pap smear 1 ครั้งทุกปี 1 ครั้งทุก 2 ปี หรือ 1 ครั้งทุก 3 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 91.0 - 93.0 ทำ Pap smear 1 ครั้งทุก 5 ปี จะลดลงร้อยละ 84.0 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายหลักในการป้องกันโรคและให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างมาก โดยกำหนดเป้าหมายให้หญิงไทยอายุ 30-60 ปี ทุกคนหรือหญิงไทยอายุ 15-29 ปี ที่มีความเสี่ยงสูงจากการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย หรือมีคู่นอนหลายคน ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก 5 ปี⁵

จากข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง พบว่า จำนวนผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปี 2565 และ 2566 เป็น 288 และ 183 ราย มีจำนวนผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงจากเดิม 105 ราย⁶ จากปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามทัศนคติของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่อาศัยอยู่ในเขตบางเขน มากำหนดแนวทางการดำเนินการ

พัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง เพื่อเป็นการพัฒนาระบบการทำงานของคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ให้เป็นรูปแบบการจัดบริการตรวจคัดกรองที่มีคุณภาพ โดยสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและ ผู้รับบริการสามารถเลือกผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้เพื่อลดความอาย ทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์เข้าถึงและใช้บริการมากขึ้น มีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่สูงขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาบริบทเกี่ยวกับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตบางเขน กรุงเทพฯ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง
3. เพื่อประเมินรูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทเกี่ยวกับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.1 สํารวจทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในเขตบางเขน กรุงเทพฯ เก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถามทัศนคติของการมารับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เดือนพฤศจิกายน 2566 ประชากรคือหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่อาศัยอยู่ในเขตบางเขน

กรุงเทพฯ ที่มารับบริการในช่วงเดียวกัน เมื่อ 1 ปี ที่ผ่านมา (เดือน ตุลาคม 2565- กันยายน 2566) จำนวน 165 คน กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในเขตบางเขน กรุงเทพฯ ที่มารับบริการในช่วงเดียวกัน เมื่อ 1 ปี ที่ผ่านมา อ้างอิงสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel (2010)⁽⁷⁾ คำนวณได้ 110 คน เลือกแบบเจาะจง คือ สัญชาติไทย สื่อสารด้วยวิธี การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน หรือการมองเห็น เพศหญิง อายุ 30-60 ปี ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์

1.2 Focus Group เจ้าหน้าที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี เพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยแบบสอบถามแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2566 เวลา ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูล คือเจ้าหน้าที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง และสูติแพทย์จำนวน 10 คน เลือกแบบเจาะจง คือ ปฏิบัติงานในคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำผลสรุปการสำรวจเกี่ยวกับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มาดำเนินการพัฒนา 1 รูปแบบ คือ รูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.1.1 แยกผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสัดส่วน

2.1.2 สร้างความรู้รอบรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หลัก Health literacy

2.1.3 ผู้รับบริการเลือกผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.1.4 ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.1.5 นัดฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แยกผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสัดส่วน โดยแยกผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้นั่งรอรับบริการบริเวณมุมด้านซ้ายหน้าห้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 สร้างความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หลัก Health literacy (แผนการสอน) ใช้เวลา 20 นาที ดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุย การแสดงความพร้อมและยินดีในการให้บริการ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

2) สร้างความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หลัก Health literacy ตามแผนการสอน ด้านทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้

3) ใช้สื่อการสอน เป็นหุ่นจำลองอวัยวะภายในของเพศหญิง แพ้ภาพประกอบเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก “รู้ทัน ป้องกันได้” ที่ใช้ร่วมกับแผนสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และอุปกรณ์จริงที่ใช้ในการตรวจ ได้แก่ Speculum ขนาดต่างๆ ไม่พายเก็บเนื้อเยื่อ แผ่นสไลด์

4) สาธิตวิธีการตรวจโดยใช้หุ่นจำลองและอุปกรณ์

5) แนะนำสถานที่ ห้องตรวจและเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจจริง

ขั้นตอนที่ 3 ผู้รับบริการเลือกผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้ผู้รับบริการเป็นผู้เลือกผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผู้รับบริการเป็นผู้เลือก

ขั้นตอนที่ 5 นัดฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 เดือน

2.2 นำรูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมรูปแบบและความเป็นไปได้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) ผศ.ดร. ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัว 2) สูตินรีแพทย์ 3) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

2.3 นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงรูปแบบฯ และนำไปทดลองใช้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์จำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง เดือนธันวาคม 2566

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง โดยก่อนใช้รูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและความพึงพอใจ ของผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ช่วงเวลาที่ศึกษา เดือนพฤษภาคม 2567 ถึง เดือน กรกฎาคม 2567 ประชากรคือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง เมื่อ 1 ปี ที่ผ่านมา (เดือน ตุลาคม 2565- กันยายน 2566) จำนวน 165 คน กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ที่มารับบริการในช่วงเดียวกัน เมื่อ 1 ปี ที่ผ่านมา อ้างอิงสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel (2010)⁷ คำนวณได้ 110 คน เลือกแบบเจาะจง คือ สัญชาติไทย สื่อสารด้วยวิธี การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน หรือการมองเห็น เพศหญิง อายุ 30-60 ปี ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์

ระยะที่ 4 ประเมินผลการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อน-หลัง การดำเนินรูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความพึงพอใจ ของผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนักกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 มาฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 เดือน ช่วงเวลาที่ศึกษา เดือนกรกฎาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้

1. การศึกษาบริบทเกี่ยวกับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้แบบสอบถามทัศนคติของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 (ค่า IOC)⁸ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

2. การหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้แบบสอบถามแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 3 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)⁹ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00

3. การพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 รูปแบบ คือ รูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

3.1 แยกผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสัดส่วน

3.2 สร้างความรอบรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หลัก Health literacy

3.3 ผู้รับบริการเลือกผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.4 ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.5 นัดฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)⁹ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00

4. การประเมินผลการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยทักษะ 5 ด้านได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการได้ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เคยตามลำดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 (ค่า IOC) แผลผล = ใช้ได้และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยคณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามรูปแบบความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย 1. ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ 2. ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ 3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และ 4. ความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการในภาพรวม ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 (ค่า IOC) แผลผล = ใช้ได้ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

เครื่องมือที่ใช้ ผ่านการตรวจสอบเชิงตรง เชิงโครงสร้าง ตรวจสอบความถูกต้องการใช้ภาษา และ

ความชัดเจนของภาษา นำมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ 1) ผศ.ดร.ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัว 2) สูตินรีแพทย์ 3) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และนำไปทดลองใช้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์จำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หญิงวัยเจริญพันธุ์อาศัยอยู่ในเขตบางเขน กรุงเทพฯ แจกแบบสอบถามทัศนคติของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 10 นาที

2. เจ้าหน้าที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพ ทำ Focus Group ด้วยแบบสอบถามแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

3. หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง แจกแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและความพึงพอใจ ก่อนใช้รูปแบบการรับบริการฯ และหลังการใช้รูปแบบในวันถัดไป ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้เป็นสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อน-หลังทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t - test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้รวบรวมได้มาเก็บให้เป็นระบบระเบียบ ให้ความหมายกับข้อมูล จัดหมวดหมู่ความหมายของข้อมูลวิเคราะห์ และสรุปรวบรวมความหมาย ที่ได้จากการสังเกต การจด

บันทึก และการถอดเทป การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 722 ตั้งแต่วันที่ 24 มิถุนายน 2567 ถึง 23 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 จากการศึกษาบริบทเกี่ยวกับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตบางเขนจำนวน 110 คน พบว่า ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 38.18 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 30-40 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82 และ 41-50 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ทัศนคติของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 74.55 รองลงมาคือ ไม่มีเวลาว่างพอที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.64 และไม่กล้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวผลออกมาเป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 61.82 แสดงบริบทเกี่ยวกับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตบางเขนจำนวน 110 คน พบว่า ส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 74.55 รองลงมาคือ ไม่มีเวลาว่างพอที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.64 และไม่กล้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวผลออกมาเป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 61.82

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 รูปแบบ คือ รูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. แยกผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสัดส่วน โดยแยกผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้นั่งรอรับบริการบริเวณมุมหนึ่งของคลินิก

2. สร้างความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หลัก Health literacy (แผนการสอน) ประกอบด้วย

2.1 สร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุย การแสดงความพร้อมและยินดีในการให้บริการ ด้วยท่าที่เป็นมิตร

2.2 สร้างความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หลัก Health literacy ตามแผนการสอน ด้านทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้

2.3 สื่อการสอน เป็นหุ่นจำลองภาพประกอบเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก “รู้ทัน ป้องกันได้” และอุปกรณ์ จริงที่ใช้ในการตรวจ ได้แก่ Speculum ขนาดต่างๆ ไม้พายเก็บเนื้อเยื่อ แผ่นสไลด์

2.4 สาธิตวิธีการตรวจโดยใช้หุ่นจำลองและอุปกรณ์

2.5 แนะนำสถานที่ และเครื่องมือ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ผู้รับบริการเลือกผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5. นัดฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 เดือน

ระยะที่ 3 ใช้รูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนำรูปแบบการรับบริการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีความรอบรู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ จำนวน 110 คน ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ระหว่างวันที่ 14 พฤษภาคม 2567-7 กรกฎาคม 2567

ระยะที่ 4 ประเมินผลการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ระดับการศึกษา มีมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 สถานภาพสมรสมีคู่และอยู่ด้วยกัน จำนวน 63 คน คิดเป็น ร้อยละ 57.30 เคยมีเพศสัมพันธ์จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 94.50 รายได้เฉลี่ย 10,001-20,000 บาท/เดือน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 47.30 เคยได้รับฮอร์โมน จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 49.10 เคยได้รับยาคุมกำเนิด จำนวน 51 คนคิดเป็นร้อยละ 46.40 เคยมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 80.90 เคยมาตรวจจำนวน 1-5 ครั้ง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 74.50 ผลการ เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก 5 ด้าน ก่อน-หลัง การดำเนินกิจกรรมมีความแตกต่างกัน โดยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความรู้สุขภาพด้านโรคมะเร็งปากมดลูกด้านทักษะการเข้าถึง หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุด ($M = -5.66, SD = 6.04$) ดังแสดงในตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4 ด้าน ก่อน-หลัง การดำเนินกิจกรรมมีความแตกต่างกัน โดยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความพึงพอใจด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการรับบริการ หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุด ($M = -5.22, SD = 4.73$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลัง

ความรู้สุขภาพ	ก่อน		หลัง		M	SD	t	P
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
ด้านทักษะการเข้าถึง	17.46	5.39	23.13	2.31	-5.66	6.04	-9.83	.000
ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ	18.79	4.38	23.98	1.59	-5.19	4.35	-12.51	.000
ด้านทักษะการสื่อสาร	18.19	4.52	23.63	1.99	-5.44	4.69	-12.15	.000
ด้านทักษะการตัดสินใจ	19.81	3.75	24.36	1.46	-4.55	3.91	-12.21	.000
ด้านทักษะการนำไปใช้	18.59	4.78	24.07	1.02	-5.48	5.10	-11.28	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 แสดงความรู้สุขภาพด้านโรคมะเร็งปากมดลูก 5 ด้าน ก่อน-หลัง การดำเนินกิจกรรมมีความแตกต่างกัน โดยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความ

รู้สุขภาพด้านโรคมะเร็งปากมดลูกด้านทักษะการเข้าถึง หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุด ($M = -5.66$, $SD = 6.04$)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลัง

ประเด็น/ด้าน	ก่อน		หลัง		M	SD	t	P
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการรับบริการ	24.48	4.90	29.70	0.70	-5.22	4.73	-11.57	.000
ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ	9.14	1.50	10.00	0.00	-0.86	1.50	-6.04	.000
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	17.12	2.73	18.27	1.07	-1.15	2.87	-4.21	.000
ด้านคุณภาพการให้บริการ	8.65	1.34	10.00	0.00	-1.35	1.34	-10.55	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4 ด้าน ก่อน-หลัง การดำเนินกิจกรรมมีความแตกต่างกัน โดยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความพึงพอใจด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการรับบริการหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุด ($= -5.22$, $SD = 4.73$)

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาบริบทเกี่ยวกับทัศนคติของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตบางเขนจำนวน 110 คน พบว่าขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย ไม่มีเวลาว่างพอที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และไม่กล้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวผลออกมาเป็นมะเร็งปาก

มดลูก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการของโรคและในระยะก่อน เป็นมะเร็งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก ถึงแม้ว่าสตรีอาจจะรู้สึกว่ ตนเองมีสุขภาพดีไม่มีอาการของโรค และเห็นว่าตนเองไม่มีความจำเป็นต้องไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (WHO, 2013)¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลภากร ปัญสวัสดิ์ และคณะ (2562)¹¹ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในเขตคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า ในชุมชนที่สตรีไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากอายเจ้าหน้าที่มากที่สุด

2. ผลการพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการนำข้อมูลจากระยะ

ที่ 1 มาพัฒนารูปแบบ พบว่า รูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพด้านโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นทุกด้าน คือ ด้านทักษะการเข้าถึง ด้านทักษะการนำไปใช้ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ และด้านทักษะการตัดสินใจตามลำดับ และเพิ่มความพึงพอใจต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการพัฒนาทั้ง 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ขั้น ปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) การออกแบบกระบวนการพัฒนาเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนา โดยตระหนักว่าความสามารถพื้นฐานเป็นความสามารถที่สำคัญต่อการใช้ชีวิตและการทำงาน เพื่อสร้างสุขภาวะที่ดี การพัฒนาขั้นปฏิสัมพันธ์จะช่วยเพิ่มความสามารถในการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและคนในสังคม ทำให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อสร้างความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพแวดล้อมที่ดีสำหรับตนเองและผู้อื่นสำหรับการมีสุขภาพดีร่วมกันและการพัฒนา ขั้นวิจารณ์ญาณจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการคิด วิเคราะห์และแยกแยะได้ลึกซึ้งเพื่อการตัดสินใจและการจัดการที่ดี¹²

3. ประเมินผลการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง พบว่า

3.1 ความรอบรู้สุขภาพด้านโรคมะเร็งปากมดลูกด้านทักษะการเข้าถึงหลังการพัฒนาเพิ่มมากที่สุด ($M = -5.66, SD = 6.04$) รองลงมาคือ ด้านทักษะการนำไปใช้ในภาพรวม ($M = -5.48, SD = 5.10$) และด้านทักษะการสื่อสารในภาพรวม ($M = -5.44, SD = 4.69$) เนื่องจากปัจจุบันมีช่องทางการรับข้อมูลโรคมะเร็งปากมดลูกหลายช่องทาง โดยเฉพาะข้อมูลที่พบในโลกออนไลน์ หรือสื่อโฆษณาในโทรทัศน์ หลังจากคณะผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกลั่นกรองหรือคัดเลือกข้อมูล และการสอบถาม

นำเชื่อถือและถูกต้องของข้อมูลก่อนการนำไปใช้หรือเผยแพร่ ส่งผลให้ผู้รับบริการทักษะการเข้าถึงหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุด สอดคล้องกับ รุ่งนภา อาระหง¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Goto et al.¹⁴ ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการใช้บริการด้านสุขภาพในประชากรญี่ปุ่น ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการคัดกรองมะเร็งและสอดคล้องกับ ชนกพร ปิบ้านท่า¹⁵ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี ผลการศึกษา พบว่า ภายใน 1 เดือน หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3.2 ความพึงพอใจต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนามากที่สุด ($M = -5.22, SD = 4.73$) รองลงมาคือ ด้านคุณภาพการให้บริการ ($M = -1.35, SD = 1.34$) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($M = -1.15, SD = 2.87$) เนื่องจากคณะผู้วิจัยมีการปรับรูปแบบการให้บริการโดยให้ผู้รับบริการแยกเป็นสัดส่วนจากผู้บริการอื่นและมีพยาบาลผู้ให้บริการเฉพาะรายเมื่อมีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่างครบถ้วน มีการนัดหมายเพื่อฟังผลการตรวจที่ชัดเจน และระยะเวลาในการตรวจคัดกรองตั้งแต่แรกรับบริการ จนจำหน่ายเฉลี่ย 60 นาที ส่งผลให้ความพึงพอใจต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้าน

กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนามากที่สุด สอดคล้องกับชนกพร ปีบ้านท่า¹⁵ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการอื่นสามารถกำหนดรูปแบบเฉพาะในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถนำรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ไปปรับใช้ในการให้บริการ เพื่อเพิ่มคุณภาพ และการเข้าถึง
2. เสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้บรรลุตามเป้าหมาย

3. ควรมีสิ่งจูงใจสู่การปฏิบัติในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เผยแพร่เรื่องการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามโรงพยาบาลหรือสถานบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใกล้บ้าน โดยการใช้การประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายกลุ่มอายุของผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในรายที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังไม่ถึง 18 ปี มีคู่นอนหลายคน การมีบุตรหลายคน มีภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ ดร.นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์ ผู้อำนวยการ นางสาวเกศรา โชคนำชัย สิริ รองผู้อำนวยการ ที่ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้จนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.
2. Bangkok Hospital. มะเร็งปากมดลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.phukethospital.com/th/healthy-articles/cervical-cancer/>
3. American Cancer Society. Cervical Cancer [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/key-statistics.html>.
4. Li C, Matthews AK, Dong X. (2018). The Influence of health literacy and acculturation on cancer screening behaviors among older chinese americans. Gerontology & Geriatric Medicine, 2018;4:1-8.
5. ปิยดา เกลี้ยงจิตร์, สุภัตสร ขาวปาน, วิภาวรรณ บัวทอง, ณสิทธิ์ เหล่าเส้น. ระบบคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคการทำเหมืองข้อมูล แบบการจำแนกประเภทข้อมูล [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://fund.pkru.ac.th/storage/download/611b2ab4027439000170fbd3?sector=files2021&bucket=publish_paper&ver=0&sk=f80648d503237d7c7bcd831b1b431e8
6. สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด. ข้อมูลผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด; 2566.

7. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. New York: John Wiley & Sons; 2010.
8. วรณิ แกมเกตุ. วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
9. Strickland OL, Lenz ER, Waltz C. Instrumentation and data collection. In Measurement in nursing and health research (4th ed.). New York: Springer Publishing; 2010.
10. World Health Organization. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women; 2013.
11. กุลภากร ปัญสวัสดิ์, อรอนันท์ ไสแสง, วาสนา แก่นกุล. การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในเขตคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2562;7(2):40-8.
12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine, 2008;67(12):2072-78.
13. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
14. Goto E, Ishikawa H, Okuhara T, Kiuchi T. Relationship of health literacy with utilization of health-care services in a general Japanese population. Preventive medicine reports. 2019;14:100811.
15. ชนกวร ปิบ้านท่า. (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี.วารสารวิจัยและนวัตกรรมการสุขภาพ. 2565;5(2):101-14.

การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดสระแก้ว

The Improvement Process of Strategic Health Management In Sa kaeo Province.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 20,2024 ; Accepted: September 21,2024)

กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย¹ ทวีชัย สายทอง²

Kalyarat Jatuporncharoenchai¹ Thawichai Saithong²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (2) เพื่อพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (3) เพื่อพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ และกระบวนการควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน (4) เพื่อพัฒนากระบวนการประเมินผล การบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยใช้ CIPP Model ใช้แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก, แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จำนวน 134 คน สถิติที่ใช้ คือ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา (1) ผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดสระแก้ว เป็นผลสืบเนื่องจาก กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) การปรับรูปแบบระบบบริหารภายใต้นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 60.00 ด้วยสาเหตุจากกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในหลายขั้นตอนที่ยังไม่สมบูรณ์ (2) ผลการพัฒนากระบวนการจัดการนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดสระแก้ว ด้วยการบูรณาการยุทธศาสตร์ทุกระดับ การจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโดยการวิเคราะห์ SWOT Analysis ภายใต้กรอบ Six building blocks การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาและถ่ายทอดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วม จัดเวทีให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำเสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ และการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (3) ผลการพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติ จังหวัดสระแก้ว ด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ มาตรการ กิจกรรมหลัก โดยใช้แนวทาง PDCA การพัฒนาช่องทางการสื่อสาร เพื่อควบคุมกำกับประเมินผลยุทธศาสตร์ (4) การประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดสระแก้ว ด้วยการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน การประเมินผลโครงการ การดำเนินงานด้านสุขภาพ การกำหนดผู้จัดการยุทธศาสตร์ การพัฒนาโปรแกรมรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัด HDC Web KPI เพื่อควบคุมกำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ และงบประมาณแบบ Real time (5) ความคิดเห็นต่อการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า ระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 81.33

คำสำคัญ: การบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

Abstract

This research was action Research has the objective for (1) Study the situation of health strategic plan administration. (2) Develops the process of creating policies and the health strategic plan. (3) Develops the health strategic plan into practice, supervising the process and the result. (4) Develops the evaluation process and the health strategic plan management by using CIPP Model, In-dept interview, Group discussion questionnaires and a questionnaire on the health strategic plan management process. The sample group is the executive team and the officials under the Sa Kaeo Provincial Public Health Office in total of 134 persons. Statistic used is percentage value, standard deviation.

The research results (1) Current situation of the health strategic management process in Sa Kaeo Province is a consequence of the ministry of Public Health that has been prepared a 20-year health strategic plan and reshaping the administrative system under Ministry of Public Health policy, the indicators passed the target criteria of 60.00 percentages due to the health strategy management process in many steps being incomplete. (2) Results of the

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

development of the strategic health plan policy management process in Sa Kaeo Province by integrating strategies at all levels. Preparation of health policy and strategic plan by analyzing SWOT Analysis under the framework of Six building blocks. Organizing a workshop develop and transfer participatory health strategy policies. Organize a forum for exchanging knowledge, presenting a strategic health plan and allocating the suitable budget for the strategic health plan. (3) The results of developing the process to bring the health strategic plan into practice in Sa Kaeo Province by a workshop to create a strategic plan, action plan, measures, main activities using PDCA as a guideline. Development of communication channels to control, supervise and evaluate the strategies. (4) Evaluation of the development of the health strategic management process in Sa Kaeo Province with integrated public health supervision, Project evaluation health operations, Assignment of strategic managers and the development of a data reporting program based on HDC Web KPI indicators to control, supervise, and evaluate the strategic plans and budget with Real Time. (5) Opinions on the development of the health strategic management process found that the overall level of opinion was at the highest level at 81.33 percentages.

Keywords: Strategic health management

บทนำ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และแนวโน้มของสถานการณ์สุขภาพในอนาคต ที่ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แต่ในทางกลับกันสังคมไทยยังขาดคุณภาพในทุก ๆ ด้าน รวมถึงด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตระหนักถึงการวางแผนในระยะยาวเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและกำลังจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยได้วางกรอบแนวคิดโดยให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” จำนวน 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานของทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายเดียวกัน¹

หลายภาคส่วนจึงให้ความสำคัญ และใช้เป็นกรอบในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ได้

เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) ปี พ.ศ. 2560-2579 แบ่งเป็น 4 ระยะ และมีจุดเน้นหนักแต่ละระยะ คือ ระยะที่ 1 พ.ศ. 2560-2564 ทำให้เป็นรูปธรรม (Do now) ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565-2569 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Do next) ระยะที่ 3 พ.ศ. 2570-2574 ทำต่อเนื่องสู่ประชาชน (Do long) ระยะที่ 4 พ.ศ. 2575-2579 ทำให้เป็นระบบอย่างยั่งยืน (Do sustain) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสุขภาพจังหวัดสระแก้ว ได้ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ จุดยืน ค่านิยม เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างสุขภาพเพื่อประชาชนทุกคนเป็นเจ้าของ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การบริหารจัดการองค์กร บุคลากรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการสาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษที่มีประสิทธิภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ² และแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเป็นตัวชี้วัด Objective and Key Results (OKRs) มีแผนงาน/โครงการของหน่วยงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบลและหมู่บ้าน เป็นแผนระยะสั้น และระยะยาว มีการบริหาร

จัดการเชิงยุทธศาสตร์ โดยการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ (1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด (2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด (3) กำกับดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง (5) พัฒนาระบบสารสนเทศงานสุขภาพ และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัดและ (6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมายและตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีอำนาจบังคับบัญชา ข้าราชการ ติดตาม กำกับ ควบคุมและประเมินผลหน่วยงานในสังกัด ได้แก่ กลุ่มงานโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁷

จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ และผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โดยประเมินผลจากเป้าหมายด้านสุขภาพ ตัวชี้วัด และ Key Results ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่าสาเหตุสำคัญของปัญหาที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การกำหนดนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสระแก้ว ยังขาดการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ยังไม่ดีเท่าที่ควรตามหลักวิชาการ และการมีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบาย (2) การนำยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติเป็นแผนปฏิบัติราชการและโครงการโดยการถ่ายทอดสื่อสารยังไม่ครอบคลุมเข้าถึงหน่วยงานในพื้นที่ระดับอำเภอและระดับตำบล (3) การควบคุมกำกับติดตาม และประเมินผลยังไม่ชัดเจน (4) ระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศ

ยังไม่ครบถ้วนถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ และ (5) ยังไม่ครอบคลุมในส่วนของการประเมินยุทธศาสตร์การประเมินโครงการ⁷

แนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สามารถทำได้โดยการนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับ และมีผู้อ้างอิงจากนักวิชาการด้านการประเมินผลอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้ ทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ยังนิยมนำมาใช้ในการประเมินเชิงระบบหรือโครงการการให้บริการผู้ป่วยนอกกระบวนการดำเนินงานเป็นการทำงานเชิงระบบคือ ระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โดยการประเมินผล CIPP Model หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบเกี่ยวข้องกับคุณภาพคุณค่า และความสำคัญของสิ่งที่มีมุ่งประเมินเพื่อใช้ในการตัดสินใจ โดยมาตรฐานของการประเมินอยู่บนหลักของประโยชน์ ความเป็นไปได้ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) บริบทของการประเมิน (context evaluation) เป็นการประเมินบริบท ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ (2) ปัจจัยนำเข้า (input evaluation) เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน (plans) (3) กระบวนการ (process) เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม (monitor)(4) ผลลัพธ์ (product) เป็นการประเมินผลผลิต และผลที่ได้จากโครงการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน¹¹

จากสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model มาช่วยในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดสระแก้ว อันจะส่งผลให้กระบวนการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพกระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ และกระบวนการควบคุม กำกับ ติดตามผลการ

ดำเนินงาน กระบวนการประเมินผล แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปี และโครงการให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพสูงสุด และยังเป็นการสนองแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) และแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) ปี พ.ศ. 2560-2579 ในระยะที่ 2 ทำให้เป็นรูปธรรม (Do now) พ.ศ. 2565-2569 เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดสระแก้วมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ และกระบวนการควบคุมกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน
4. เพื่อพัฒนากระบวนการประเมินผลการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยใช้ CIPP Model

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mix Methods Research) โดยนำวิธีเชิงปริมาณ (Quantitative) และวิธีวิจัยคุณภาพ (Qualitative) มาศึกษาและวิจัยร่วมกัน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จำนวน 205 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการประมาณค่าสัดส่วน สำหรับกรณีทราบขนาดประชากรโดยใช้สูตร⁹

$$n = \frac{NZ^2 \times P(1-P)}{(N-1)e^2 + Z^2(P(1-P))}$$

และได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 112 คน โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเพียงพอจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีก 20 % ของขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยทั้งสิ้น 134 คน จากนั้นใช้การสุ่มตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากร โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และสุ่มแบบมีระบบ

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง หน่วยงาน เป็นคำถามปลายเปิด-ปิด (2) แบบประเมินความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (3) แบบแสดงความคิดเห็นกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เป็นคำถามปลายเปิด

โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของสันติ ทวยมีฤทธิ์ ในการศึกษาการพัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา⁶ มาปรับปรุงดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำไปหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (reliability) ในส่วนที่ 2 และ 3 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราซ (cronbrach's alpha coefcient)⁷ เท่ากับ 0.954

2. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ในการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

3. แบบสนทนากลุ่มในการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

โดยแบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแบบสนทนากลุ่ม เพื่อได้ข้อมูลที่นำเชื่อถือและมีน้ำหนักเพียงพอ

ในการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย⁽⁵⁾ ประกอบด้วย การศึกษาสภาพการดำเนินงานตามการพัฒนา กระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของ จังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2566 ประกอบด้วยเนื้อหา การจัดทำนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่แผนปฏิบัติ และการควบคุมกำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการบริหาร แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ตรวจสอบด้านภาษาและเนื้อหา แล้วปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้ จากแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยข้อมูลเชิงปริมาณจะ วิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิง คุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการ สอนทนากลุ่ม ตามทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน โดยการจำแนกแยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลเชิง ปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิง ลึก การสอนทนากลุ่ม มาสังเคราะห์และบูรณาการเข้า ด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณนาความ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว รหัส SKPHO 18/2566 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยการพัฒนา กระบวนการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดสระแก้ว ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์ปัจจุบันกระบวนการบริหาร ยุทธศาสตร์สุขภาพ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ได้ กำหนดนโยบายการทำงาน 5 ประเด็น คือ (1) คิด:

วิเคราะห์พิจารณาประเมินผลการในการทำงาน (2) ทำ: งานเป็นทีม (3) แสดง: ผลงาน (4) เปลี่ยนแปลง: พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (5) รับผิดชอบ: ในการทำงาน และกำหนดจุดยืนทางยุทธศาสตร์ 8 ด้าน คือ (1) สร้างระบบสุขภาพ (2) ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (3) แก้ไข ปัญหาสุขภาพกลุ่มวัย (4) ยกระดับบริการ (5) พัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิ (6) ป้องกันตอบโต้ภัยคุกคาม สุขภาพ (7) สร้างความสุขบุคลากร (8) องค์กรธรรมาภิ บาล และมีเข็มมุ่ง จำนวน 5 ประเด็น คือ (1) ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วัน พลัส (2) พัฒนาระบบ Service Plan ไร้รอยต่อ (3) ยกระดับคนสระแก้ว ห่างไกล NCDs (4) พัฒนา Smart Service Smart Office Smart People (5) ยกระดับ Smart EOC โดย ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มี การดำเนินงานยุทธศาสตร์ที่ 1 – 5 ดังนี้ (1) **ยุทธศาสตร์ที่ 1** การสร้างสุขภาพเพื่อประชาชนทุก คนเป็นเป็นเจ้าของ จำนวน 3 กลยุทธ์ คือ (1) ยกระดับ ความพร้อมของสถานบริการและบุคลากร และพัฒนา ศักยภาพของเครือข่ายในการจัดบริการและดูแลแม่ และเด็ก (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายและบุคลากรใน การจัดบริการและดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม (3) ยกระดับการจัดการรายบุคคล โดยการมีส่วนร่วมของ เครือข่าย (6 OKRs) 5 โครงการ คือ (1) โครงการ มหัศจรรย์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน สพด.4 D (2) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (3) โครงการ Together fight NCDs (4) โครงการรู้ทัน โรคมะเร็ง (5) โครงการเฝ้าระวังและป้องกันแก้ไขปัญหา สุขภาพจิต จำนวนงบประมาณ 990,968 บาท **ยุทธศาสตร์ที่ 2** การจัดการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ จำนวน 4 กลยุทธ์ คือ (1) ยกระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการระบบ สุขภาพเชิงพื้นที่ที่เข้มแข็ง (2) พัฒนาศักยภาพพระบิ การสุขภาพของโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคุณภาพได้ มาตรฐาน มีความปลอดภัย ประชาชนเชื่อมั่นวางใจใน ระบบบริการ (3) เสริมสร้างระบบส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพด้วยระบบดิจิทัล (4) ยกระดับการ จัดบริการแพทย์แผนไทย และสนับสนุนการลงทุน ผลิตยาสมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพเชิง

อุตสาหกรรม (7 OKRs) 5 โครงการ คือ (1) โครงการยกระดับระบบบริการปฐมภูมิ (2) โครงการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (3) โครงการพัฒนา Service Plan Blueprint (4) โครงการเสริมสร้างความพร้อมระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพด้วยระบบดิจิทัล (5) โครงการยกระดับ การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก จำนวนงบประมาณ 1,156,560 บาท

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การบริหารจัดการองค์กร บุคลากร ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด จำนวน 2 กลยุทธ์ คือ (1) พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้มีความเพียงพอ มีสมรรถนะสูง มีความสุขในการทำงาน (2) พัฒนาเป็นองค์กรธรรมาภิบาล และพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศสู่ Digital Transformation (5 OKRs) 4 โครงการ คือ (1) โครงการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (2) โครงการ พัฒนาศูนย์กลางความสุข (3) โครงการส่งเสริม สนับสนุน Digital Transformation (4) โครงการพัฒนาคุณธรรม และความโปร่งใสของหน่วยงาน จำนวนงบประมาณ 425,050 บาท

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการสาธารณสุขชายแดน และพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 2 กลยุทธ์ คือ (1) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบส่งต่อระหว่างประเทศ รองรับพื้นที่ชายแดน โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายและประชาชน (2) พัฒนาสถานบริการด้านอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมเพื่อรองรับพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ (4 OKRs) 1 โครงการ คือ (1) โครงการบริหารจัดการงานสาธารณสุขชายแดน และพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ จำนวนงบประมาณ 1,226,820 บาท

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ จำนวน 1 กลยุทธ์ คือ (1) พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ ด้วยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกระดับ (3 OKRs) 1 โครงการ คือ (1) โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉิน และภัยสุขภาพ จำนวนงบประมาณ 70,000 บาท สรุปรวมจำนวน 16 โครงการ งบประมาณ จำนวน 14,275,398 บาท ของเครือข่ายบริการด้านสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 9

อำเภอ มีงบประมาณในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์จำนวน 33,336,460.84 บาท จำแนกตามการใช้จ่ายตาม (1) ยุทธศาสตร์ จำนวน 14,479,911 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.8 (2) งานประจำ จำนวน 12,479,911 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.4 (2) การแก้ไขปัญหาในพื้นที่จำนวน 6,602,249.74 คิดเป็นร้อยละ 10.8

2. ผลการพัฒนาระบบบริหารจัดการนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดสระแก้ว

ในปีงบประมาณ 2566 ผู้วิจัยได้ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมความคิดเห็นในการปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งจัดทำ SWOT analysis ออกแบบกระบวนการที่สอดคล้องกับนโยบาย และสภาพปัญหาของพื้นที่ นอกจากนี้ ยังมีการพิจารณาวิสัยทัศน์ พันธกิจ อัตลักษณ์ ค่านิยม เป้าหมาย และเข็มมุ่งตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 20 ปี ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ในระยะ Phase 2 คือ Do Next: ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (2565 - 2569) เพื่อให้มีความเป็นปัจจุบันมากที่สุด จากนั้นได้มีการกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค (2) พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ (3) พัฒนากำลังคน และภาคีเครือข่ายที่เป็นเลิศ และ (4) พัฒนาระบบบริหารจัดการเป็นเลิศ จำนวน 76 ตัวชี้วัด และกำหนดการติดตามตัวชี้วัด (KPI) ในรายเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (เดือนละ 1 ครั้ง), การประชุมหัวหน้ากลุ่มงาน/งาน (เดือนละ 1 ครั้ง) การตรวจราชการ (ปีละ 2 ครั้ง) และการนิเทศงานเยี่ยมเสริมพลัง (ปีละ 2 ครั้ง) และมีผลการพัฒนาระบบบริหารจัดการนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพที่สำคัญ คือ (1) กระบวนการจัดทำนโยบาย โดยใช้คณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) และกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จัดทำและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน สถานการณ์และแนวโน้มด้านสุขภาพ ปัญหาและสาเหตุปัญหาด้านสุขภาพระดับจังหวัด นโยบายและแนวโน้มนการพัฒนาสุขภาพระดับโลก

ประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำเข้าร่วมกัน วิเคราะห์ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ พร้อมจัดทำร่าง นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และ นำเข้าที่ประชุม คณะกรรมการบริหารของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (กบห) เพื่อร่วมกันพิจารณา นโยบาย และกำหนดเป็นนโยบายการพัฒนางานด้าน สุขภาพของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (2) กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดย การมีส่วนร่วมจากภาคส่วน และหน่วยงานในระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตัวแทน อาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกันระดมความคิดเห็นเพื่อ จัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนการ ดำเนินการ คือ จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ ระดมความคิดเห็น โดยใช้ใบงานเป็นเครื่องมือในการ ระดมความคิดเห็น แบ่งกลุ่มตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ประเด็น 3 ระยะ ประกอบด้วย (1) ประชุมจัดทำ แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติราชการด้าน สาธารณสุข (2) ประชุมถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ และ แผนปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุข สู่เครือข่ายบริการ สุขภาพระดับอำเภอ (3) ประชุมนำเสนอแผน ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อตรวจสอบ และให้ความเห็นในความถูกต้อง ความเป็นไปได้ ความ น่าเชื่อถือ และความสอดคล้อง กับแผนยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพของจังหวัดสระแก้ว และปัญหาด้าน สุขภาพของพื้นที่

3. ผลพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ และกระบวนการควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน

การพัฒนากระบวนการนำยุทธศาสตร์สู่ปฏิบัติ ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และผู้เกี่ยวข้องมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนด มาตรการและกิจกรรมหลักตามกรอบ Six building blocks ขององค์การอนามัยโลก ตามกรอบ 6 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านระบบบริการ (Service delivery) (2) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (Health work force) (3)

ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร และสารสนเทศ (Information) (4) ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical products, Vaccines, technologies) (5) ด้านการเงินและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) (6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership, Governance)

ส่วนการพัฒนากระบวนการแปลงแผน ยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการ ด้านสุขภาพ จะเน้นการออกแบบกิจกรรม ให้ สอดคล้องกับระดับสถานบริการตาม service plan จังหวัดสระแก้ว (2) การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่ แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ จะดำเนินการโดย หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุก ระดับจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ให้มีแผนงาน/ โครงการ รองรับยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ (3) การ ถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติดำเนินการ ดังนี้

3.1 การพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ โดย (1) มอบรองนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 ท่าน เป็นประธานยุทธศาสตร์ และหัวหน้ากลุ่มที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาในแต่ละ ยุทธศาสตร์ เป็นเลขา และกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเป็น คณะทำงาน ร่วมกันกำหนด กลยุทธ์ กิจกรรมริเริ่ม แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด OKRs (2) ถ่ายทอด ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ผ่านการประชุมนำเสนอและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและ แผนปฏิบัติราชการประจำปี (3) ถ่ายทอด ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพกล ยุทธ์ กิจกรรมริเริ่ม แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด OKRs และแผนปฏิบัติราชการประจำปี ผ่านการประชุม (Shop & Share) (4) ถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ผ่านเอกสาร ผ่านช่องทางออนไลน์ทุกช่องทาง ไลน์ กลุ่ม เว็บไซต์ Facebook การประชุมผู้บริหารทุกระดับ (5) นำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่ได้รับการ ถ่ายทอดสู่การจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของ หน่วยงาน

3.2 การพัฒนากระบวนการควบคุมกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน โดย (1) การพัฒนาระบบ

การนิเทศงานสาธารณสุขแบบบูรณาการและเยี่ยมเสริมพลัง โดยมีการเยี่ยมเสริมพลังปีละ 2 ครั้ง เครือข่ายบริการละ 1 วัน ทั้งระดับเครือข่ายบริการ บริการสุขภาพระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) การติดตามควบคุมกำกับผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัด และตัวชี้วัดผ่านการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (คปสจ.) และการประชุมคณะกรรมการบริหาร (กบท.) (3) พัฒนาโปรแกรมรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัด HDC Web KPI จังหวัดสระแก้ว (4) คืบข้อมูลให้ คปสอ และ รพสต. ผ่านที่ประชุม คปสอ. ผ่านช่องทางออนไลน์ทุกช่องทาง กลุ่ม เว็บไซต์ Facebook การประชุมผู้บริหารทุกระดับ และการนิเทศงาน

3.3 การพัฒนากระบวนการประเมินผลโดย (1) การประเมินผลโครงการ กำหนดให้มีการประเมินโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จำนวน 13 โครงการ ในส่วนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 17 โครงการ รวมโครงการทั้งหมด 30 โครงการ โดยมีผลการประเมินผลโครงการ โครงการมีประสิทธิภาพ จำนวน 18 โครงการ โครงการมีประสิทธิภาพ จำนวน 17 โครงการ และเป็นโครงการที่มีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล 10 โครงการ (ประสิทธิภาพของโครงการ: ประเมินจากร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนโครงการ และร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ หากทั้ง 2 ดำเนินการได้มากกว่าร้อยละ 80 ให้ถือว่าโครงการนั้นมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของโครงการ: ประเมินจากร้อยละความสำเร็จตามตัวชี้วัดที่โครงการกำหนด) (2) การประเมิน CUP Award จังหวัดสระแก้ว เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนคุณภาพบริการสุขภาพระดับอำเภอให้เป็นเลิศ โดยบูรณาการนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด เข้ากับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่าง Hospital Accreditation (HA), Primary Care Award (PCA), และ Quality Learning Network (QLN) ร่วมกับการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการผ่าน คปสอ. และระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน

สาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยมีระดับการประเมินตั้งแต่ระดับ 1 ดาวจนถึง 5 ดาว โดยมีผลการประเมินในระดับ 5 ดาว จำนวน 3 แห่ง และระดับ 4 ดาว จำนวน 6 แห่ง (4) การวิจัยเชิงประเมินผลการพัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยใช้ CIPP Model

4. การประเมินผลการพัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยใช้ CIPP Model

ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดสระแก้วตามแนวคิด CIPP Model โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) **ด้านบริบท** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เป็นหน่วยราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ที่มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

สุขภาพในระดับจังหวัด ดำเนินการ และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข กำกับดูแลประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นการบริหารจัดการ โดยการแปลงนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ จังหวัดสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ครอบคลุม และเชื่อมโยงบริการแบบไร้รอยต่อ

(2) **ปัจจัยนำเข้า** (2.1) ด้านนโยบายและทิศทางพัฒนา ได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดสระแก้วที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (2.2) ด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ในการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพประกอบด้วย (1) ระดับจังหวัด มีกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการประสานงานกับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานในสังกัด (2) ระดับอำเภอ มีคณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และแผนปฏิบัติการประจำปีระดับอำเภอ รวมทั้งการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการ

ดำเนินงาน ระดับอำเภอ (3) ระดับตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและแผนปฏิบัติการประจำปีระดับตำบล รวมทั้งการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานระดับพื้นที่ (2.3) ด้านงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเชื่อมโยงจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ปี 2566 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 – 5 จำนวน 16 โครงการ งบประมาณ จำนวน 14,275,398 บาท ของเครือข่ายบริการด้านสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 9 อำเภอ มีงบประมาณในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ จำนวน 33,336,460.84 บาท จำแนกตามการใช้จ่ายตาม (1) ยุทธศาสตร์ จำนวน 14,479,911 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.8 (2) งานประจำ จำนวน 12,479,911 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.4 (2) การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ จำนวน 6,602,249.74 คิดเป็นร้อยละ 10.8

(3) กระบวนการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ตามลำดับดังนี้ (1) การจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยการถ่ายระดับจากแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 6 แผนยุทธศาสตร์จังหวัดสระแก้ว รวมถึงปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดสระแก้ว และปัญหาการพัฒนาาระบบต่าง ๆ ในพื้นที่ นำมาวิเคราะห์ และกำหนดเป็นวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าประสงค์ กลยุทธ์ เป้าหมาย ตัวชี้วัด OKRs กิจกรรมริเริ่ม มาตรการ แผนงาน โครงการ และกิจกรรมสำคัญ โดยเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการสุขภาพประจำปี ใช้หลักการตามกรอบ six building blocks ขององค์การอนามัยโลก (2) การสื่อสารและถ่ายทอดนโยบาย และการนำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ได้มอบรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 ท่าน เป็นประธานยุทธศาสตร์ และหัวหน้ากลุ่มที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาในแต่ละยุทธศาสตร์เป็นเลขา และกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเป็นคณะทำงาน ถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ผ่านการประชุมนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แผน

ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและแผนปฏิบัติการประจำปี และการประชุม (Shop & Share) รวมทั้งเอกสาร, ช่องทางออนไลน์ทุกช่องทาง ไลน์กลุ่ม เว็บไซต์ Facebook และการประชุมผู้บริหารทุกระดับ (3) การควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล โดยการพัฒนาระบบการนิเทศงานสาธารณสุขแบบบูรณาการและเยี่ยมเสริมพลัง โดยมีการเยี่ยมเสริมพลังปีละ 2 ครั้ง เครือข่ายบริการละ 1 วัน ทั้งในระดับอำเภอและพื้นที่ การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผ่านการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (คปสจ.) การประชุมคณะกรรมการบริหาร (กบห.) การพัฒนาโปรแกรมรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัด HDC Web KPI จังหวัดสระแก้ว พร้อมคืนข้อมูลให้พื้นที่ผ่านช่องทางออนไลน์ทุกช่องทาง ไลน์กลุ่ม เว็บไซต์ Facebook การประชุมผู้บริหารทุกระดับ และการนิเทศงาน

(4) ผลผลิต โดยผลลัพธ์การดำเนินงาน ในประเด็น (4.1) ผลการดำเนินงานบรรลุตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดของจังหวัดสระแก้ว ผ่านเกณฑ์เป้าหมายเพียงร้อยละ 60.00 (4.2) การประเมินผลโครงการ จำนวน 13 โครงการ สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนมากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 8 โครงการ เบิกจ่ายงบประมาณได้มากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 6 โครงการ และสามารถบรรลุตัวชี้วัดได้มากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 5 โครงการ สามารถสรุปได้ว่าโครงการมีประสิทธิภาพรวม 5 โครงการ มีประสิทธิผลรวม 5 โครงการ และมีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลรวม 2 โครงการ (4.3) การดำเนินงานตาม OKRs (Objective and key results) ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย 25 Objective และ 63 Key results พบว่า มีผลการดำเนินงานตาม Key results ผ่านเกณฑ์ 35 ตัว ไม่ผ่านเกณฑ์ 16 ตัว และไม่สามารถประเมินผลได้ 12 ตัว (4.4) ผลงานดีเด่น (Best Practice) คือ โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus 2,500 วัน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 4D ของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อำเภอวังสมบูรณ์ ได้รับรางวัลระดับดีเยี่ยมตามเกณฑ์มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตเฉลิมพระ

เกียรติ สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เขตสุขภาพที่ 6 (4.5) ผลลัพธ์ การพัฒนากระบวนการจากการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับ ความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพ พบว่า กระบวนการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ จะ ประกอบไปด้วย ขั้นตอนการกำหนดยุทธศาสตร์ ขั้นตอน นำ ยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ และขั้นตอนการประเมินผล ยุทธศาสตร์ โดยมีจุดเน้นด้าน (1) ด้านโมเดล Plan do check ack ในการวางแผน (2) การวิเคราะห์ข้อมูลมี การทบทวนสิ่งที่ทำมา และก็มีทำให้ภาคีเครือข่าย บางส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทำแผน การพัฒนาต่อยอดต้องพัฒนาเรื่องของการวิเคราะห์ การวิเคราะห์ RCA (Root cause analysis) (3) มีการ นำนโยบายของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และ Area Base ของพื้นที่ การเข้ามามีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายในมิติยุทธศาสตร์ที่เป็นเชิงสุขภาพการ ท้องเที่ยวเชิงสุขภาพ การติดตาม ประเมินผล (4) การ มีส่วนร่วมในการทำแผนระดับจังหวัดมีทุกระดับ การ จัดกิจกรรม Shop & share การรายงานข้อมูลจาก HDC แต่ก็ยังมีจุดอ่อน คือ (1) การนำไปถ่ายทอดที่ นำไปสู่การปฏิบัติ (Implement) และในขั้นตอนการ Check “...ไม่ได้ตอบโจทย์จุดที่เป็นปัญหามากพอที่จะ ทำให้ไปสู่ว่าปีหน้าเราจะทำอะไรเราอาจจะไม่ ต้องทำครอบคลุมไปทุกเรื่องอาจจะเอาเรื่องที่มีนัย ยังเป็นปัญหาจริง ๆ แล้วมาวิเคราะห์ว่า Root Cause คืออะไร แล้วเอาตรงนั้นมาเป็นแผนพัฒนาในปีต่อไป ...” (4.6) การกำหนดยุทธศาสตร์เป็นนโยบาย สาธารณะ ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย การ ประเมินผล การปรับปรุง การเข้ามามีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่าย “...อยากให้ภาคีเข้ามามีส่วนร่วมแต่ ไม่ได้หมายความว่าร่วมทั้งหมดในเชิงยุทธศาสตร์ร่วม เป็นรายประเด็น ๆ ที่ทำแล้วส่งผลกระทบต่อคน สรรแก้วทั้งหมด ยกตัวอย่าง เช่น โครงการมหารรค จรรย์ 1,000 วันพลัส...” (4.7) การรวบรวมความ คิดเห็นในการทำแผนยุทธศาสตร์ขาด Stakeholder (4.8) ปัญหาระดับของบุคลากรในการไปถ่ายทอด ส่วน แผนที่ไม่เกี่ยวกับยุทธศาสตร์จะถูกปฏิบัติเป็น แผนปฏิบัติการตามปกติ เพราะฉะนั้นจะไม่ถูกนำมา

เป็นโครงการไม่ถูกนำไปถ่ายทอด “...อะไรที่เป็น นโยบายหลักควรจะไม่เกิน 3 เรื่องแล้วถูกหลักในทุก ระดับแล้วควรจะวาง 3 ปี 5 ปีอะไรก็ว่าไปกำหนด ทิศทางมาทบทวนให้ชัดเจนในแต่ละปีเพื่อที่จะวัดทั้ง ในเชิงกระบวนการแล้วก็วัดในเชิงผลลัพธ์...” (4.9) การประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารแผน ยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ระดับ ความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 81.33 โดยค่าร้อยละของคะแนนในแต่ละด้าน คือ (1) ด้านกระบวนการจัดทำแผน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อย ละ 81.65 (2) ด้านสภาวะแวดล้อม อยู่ในระดับมาก ที่สุด ร้อยละ 83.57 (3) ด้านผลผลิต อยู่ในระดับมาก ที่สุด ร้อยละ 80.40 (4) ด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับ ปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 79.17

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยการพัฒนา กระบวนการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดสระแก้ว ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์ปัจจุบันกระบวนการบริหาร ยุทธศาสตร์สุขภาพ เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในด้าน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ/แผนปฏิบัติการ ด้านสุขภาพ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ประจำปี 2565 เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำ แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของหน่วยงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ทั้งในและ นอกสังกัด ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ส่วน แผนงาน/โครงการด้านสุขภาพ ที่สำคัญประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2566 มีการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ชาติจำนวน 5 ยุทธศาสตร์ (12 กลยุทธ์ 25 OKRs 16 โครงการ) เป็นไปตามกรอบแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพ 20 ปี จังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2560 – 2579 ใน ระยะ Phase 2 คือ Do Next: ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง (2565 – 2569) สอดคล้องกับแนวคิด ของจิระประภา อัครบวร⁴ ที่กล่าวว่า ลักษณะของการ บริหารยุทธศาสตร์ภาครัฐที่ดี ทุกหัวข้อ หรือประเด็น ในแผนยุทธศาสตร์ต้องมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกัน เพื่อให้ในท้ายที่สุดองค์การสามารถบรรลุเป้าหมาย

หรือวิสัยทัศน์ขององค์การ กล่าวคือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปี 2566 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วมาจากการดำเนินงานยุทธศาสตร์ชาติ 4 ยุทธศาสตร์ และกรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ 20 ปี จังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2560 – 2579 ในระยะ Phase 2 คือ Do Next: ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (2565 – 2569) โดยกำหนดโครงการต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติในแต่ละด้าน

2. การพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณาผลการวิจัยด้านการพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดสระแก้วพบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ผู้วิจัยได้ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดเห็น ปรับปรุง และแก้ไขเนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งโดยจัดทำ SWOT analysis ออกแบบกระบวนการที่สอดคล้องกับนโยบายและปัญหาของพื้นที่ โดยการกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จำนวน 5 ยุทธศาสตร์ สอดคล้องกับแนวคิดของจิระประภา อัครบวร⁴ ที่กล่าวว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ภาครัฐ ไว้ว่าบุคลากรมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ และมีความรู้พื้นฐานด้านแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การจัดทำแผนได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารสูงสุด ฝ่ายการเมืองและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มาจากการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาระดมสมองร่วมกัน โดยนำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติมาเป็นแนวทางในการจัดทำ

3. การพัฒนากระบวนการกระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ และกระบวนการควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน เมื่อพิจารณาผลการวิจัย ในประเด็นกระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติในขั้นตอนการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติพบว่า (1) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และตัวแทนผู้ปฏิบัติงานระดับตำบลเป็นคณะกรรมการพัฒนาร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ของ

จังหวัดสระแก้ว และมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัดสระแก้ว (2) จัดทำคู่มือแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2566 และ เอกสารนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปี 2566 ส่งให้หน่วยงานในสังกัดทุกระดับ (3) จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2566 ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ส่งให้หน่วยงานในสังกัดทุกระดับ (4) จัดให้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงผลการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัด (PA) ตามตัวชี้วัดประเมินผลสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2566 เพื่อให้มีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง (5) จัดประชุมชี้แจงนโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) นำไปประกอบการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (6) จัดประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดและนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุขของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ประจำปี 2566 ให้กับผู้บริหารในระดับพื้นที่รับทราบ (7) การนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน คปสอ. ของคณะกรรมการนิเทศงานสาธารณสุข ระดับจังหวัดสระแก้วประจำปี 2566 ทั้ง 9 อำเภอ เพื่อชี้แจงนโยบายแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ สอดคล้องกับแนวคิดของจินตนา บุญบงการ และ ญัฐพันธ์ เขจรันนทน์³ ที่กล่าวว่า ความสำคัญของการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ คือ การสร้างความพร้อมให้แก่องค์กร (Provide readiness) การศึกษาวิเคราะห์สภาพแวดล้อม และการกำหนดยุทธศาสตร์ ช่วยให้ผู้บริหาร ผู้จัดการในส่วนต่างๆ และสมาชิกขององค์การเกิดความเข้าใจในภาพรวมและศักยภาพของธุรกิจ ตลอดจนอิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมที่มีต่อองค์กร ทำให้องค์การมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงหรือความท้าทายของสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ กระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติ เป็นการสร้างความพร้อมในแง่ขององค์กร ให้สามารถดำเนินงานได้ตามแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด โดยมีการชี้แจง และกำกับ

ติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ให้เป็นไปตามแผน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการพัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน โดยการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสระแก้ว โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ใช้ผลงาน 6 เดือน (ตุลาคม 2565 - 31 มีนาคม 2566) จะประเมินเฉพาะเชิงปริมาณ โดยดูข้อมูลผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัด HDC Web KPI ส่วนครั้งที่ 2 ใช้ผลงาน 9 เดือน (ตุลาคม 2565 - 30 มิถุนายน 2566) โดยประเมินเชิงปริมาณ และคุณภาพ โดยจังหวัดจัดจัดทีมประเมินในรูปแบบ CUP Award เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนคุณภาพบริการสุขภาพระดับอำเภอให้เป็นเลิศโดยบูรณาการนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด เข้ากับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยมีระดับการประเมินตั้งแต่ระดับ 1 ดาวจนถึง 5 ดาว โดยมีผลการประเมินในระดับ 5 ดาว จำนวน 3 แห่ง และระดับ 4 ดาว จำนวน 6 แห่ง กล่าวคือ กระบวนการควบคุม กำกับ และประเมินผล แบ่งออกเป็น 2 ครั้ง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการกำกับติดตาม โดยการควบคุม กำกับ และประเมินผลมีทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงลึก และเชิงกว้าง อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาหน่วยบริการต่อไป

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการพัฒนาระบบการประเมินผลการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยการใช้แนวทาง PDCA พบว่า ระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 81.33 โดยค่าร้อยละของคะแนนในแต่ละด้าน คือ (1) ด้านกระบวนการจัดทำแผน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 81.65 (2) ด้านสภาวะแวดล้อม อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 83.57 (3) ด้านผลผลิต อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 80.40 และ (4) ด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ใน

ระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 79.17 สอดคล้องกับแนวคิดของ Ed-ward's W. Deming Institute¹¹ ที่กล่าวว่า การบริหารงานพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง PDCA เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพ และคุณภาพของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุงการพัฒนาการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เกิดจากการวางแผนร่วมกัน และมีการปรับปรุงแผนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสระแก้วที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด สามารถกำกับ ติดตามได้อย่างทันทั่วทั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทุกระดับควรให้ความสำคัญต่อกระบวนการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และถือเป็นนโยบายปฏิบัติ
2. ใช้เป็นแหล่งข้อมูล แนวทาง และเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับอำเภอ ตำบล
3. ใช้เป็นแหล่งข้อมูล แนวทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานทุกระดับ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ, สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ, หัวหน้ากลุ่มงาน และเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ในการสนับสนุนการทํารวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) พ.ศ.2560 - 2579. นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.

3. จินตนา บุญบงการ และณัฐพันธ์ เขจรนันท์. การจัดการเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดเคชั่น; 2546.
4. จิรประภา อัครบวร. ความรับผิดชอบต่อสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2552.
5. วิโรจน์ สารรัตนะ. การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อักษราพัฒนา; 2550.
6. สันติ ทวยมีฤทธิ์. การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2561.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. ข้อมูลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. สระแก้ว: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว; 2566.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ 20 ปี จังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2560 – 2579 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. สระแก้ว: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว; 2560.
9. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. (6th Eds.). Singapore: John Wiley & Sons; 1995.
10. Edward's W. Deming Institute. The PDSA Cycle systemic: steps for gaining valuable learning and knowledge for the continual improvement of a product or process. New York: Theories & Teachings; 2016.
11. Stufelbeam, D. L., & Shinkeld, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA ในโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด : กรณีศึกษา

Nursing care of acute ischemic stroke patients receiving rt-PA in PhanomPhrai Hospital.
Roi Et Province: Case Study.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 20,2024 ; Accepted: September 21,2024)

สุปราณี โสทดานา¹

Supranee Sodthana¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการจัดการ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพนมไพร แบบกรณีศึกษา 2 ราย ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล การประเมินผู้ป่วย การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัย การรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่ได้รับยา rt-PA ของโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย 2 รายนี้ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเตือน ญาตินำส่งโรงพยาบาลทันที ถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยได้เข้าในระบบ Stroke Fast Track ซึ่งทีมพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินแรกพบ การคัดกรองเบื้องต้น อาการสำคัญ Onset time ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่ง CT อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่สำคัญ การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ การรายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา ตาม Stroke Fast Track Protocol และได้รับยา rt-PA ภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมง

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) กรณีศึกษา

Abstract

This study was a case study with the objective to study the nursing management process of patients with acute ischemic stroke who received rt-PA. at the emergency room of Phanomphrai Hospital. The case study from the patient's arrival at the hospital, patient assessment, patient screening, diagnosis, treatment and referral of 2 ischemic stroke patients who received rt-PA at Phanomphrai Hospital, Roi Et Province, between June 1, 2024 and August 31, 2024.

Results of the study: 2 patients received prompt and standardized care from the onset of warning symptoms. Their relatives immediately took them to the hospital. Upon arrival at the hospital, the patients entered the Stroke Fast Track system, in which the emergency room nursing team played a very important role in caring for patients from the initial assessment, initial screening, important symptoms, onset time, past medical history, underlying diseases, physical examination results, laboratory test results, CT scan, important clinical symptoms and signs, changes in vital signs, and immediate reporting to the doctor so that the patients could receive timely treatment. According to the Stroke Fast Track Protocol and received rt-PA within 4.5 hours.

Keywords: Nursing care for acute ischemic stroke, thrombolytic drugs (rt-PA), case study

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันที่ทำให้เกิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) ซึ่งเป็นโรคทางอายุรกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั้ง

ประเทศไทย และระดับโลก โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกที่องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการ

¹ โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

เสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ โดยประเทศไทยมีความชุกของโรคอยู่ที่ 122 คนต่อประชากร อัตราตาย 30 รายต่อแสนประชากร ในประเทศไทยปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยโรคนี้จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ สถิติยอดผู้ป่วย Stroke จังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2562 – 2566 คือ 2,318, 2,770, 2,969, 3,163 และ 3,351 ตามลำดับซึ่งพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน ผู้ป่วย Stroke ที่เสียชีวิตของจังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2562 – 2566 คือ 122, 160, 163, 185 และ 194 ตามลำดับ และสถิติโรงพยาบาลพนมไพรมียอดผู้ป่วย Stroke ในปี 2562 – 2566 คือ 202, 211, 225, 231 และ 260 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน ผู้ป่วย Stroke ที่เสียชีวิตของโรงพยาบาลพนมไพรในปี 2562 – 2566 คือ 9, 9, 12, 14 และ 19 ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องกันคือผู้ป่วย Stroke เพิ่มขึ้นทุกปีและมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วย Stroke เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน¹

โรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เป็นโรคหนึ่งซึ่งจัดในกลุ่มใหญ่ที่ เรียกว่า โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Acute Stroke) คือ ความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันทันทีทันใดจากสมองขาดเลือด สาเหตุจากหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ ซึ่งจะค่อยๆเกิดขึ้นทีละน้อยในที่สุดจะมีลิ่มเลือด (Thrombosis) เกิดขึ้นจนอุดตันหลอดเลือดทำให้สมองตายเพราะขาดเลือดไปเลี้ยง²ภาวะหลอดเลือดแดงสมองอุดตันขนาดใหญ่ คือ การตีบอุดตันบริเวณหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ เช่น ที่ตำแหน่ง internal carotid หรือ proximal middle cerebral artery ย่อมมีโอกาสสูงที่ขนาดหรือปริมาตรของลิ่มเลือดที่อุดตันจะมีขนาดใหญ่ และโอกาสที่จะเปิดหลอดเลือดที่อุดตันตรงตำแหน่งนี้ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำแต่อย่างเดียว อาจได้ผลเพียง ร้อยละ 10-25 เท่านั้น หรือถ้าส่วนประกอบของลิ่มเลือดที่อุดตันไม่ใช่ fibrin แต่เป็น อย่างอื่นเช่น cholesterol emboli, calcified emboli ยา alteplase ก็จะไม่สามารถออกฤทธิ์ละลายได้ตามกลไกการออกฤทธิ์ fibrinolytic ของยา³ ปัจจุบันพบว่า การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมงและไม่มีข้อห้ามในการให้นี้สามารถลดอัตราตายและอัตราความพิการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย Stroke Fast Track ได้ ผู้ป่วยเป็นปกติ (Last – seen – normal) สามารถให้การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic drug) คือยา recombinant tissue Plasminogen Activators (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ เป็นการรักษามาตรฐานในปัจจุบันหากไม่มีข้อห้ามในการให้ยา เป็นไปตามแนวทางการรักษาของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย⁴ได้พูดถึงการรักษาผู้ป่วย Stroke Fast Track ว่า เป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงและไม่มีข้อห้ามในการให้ยา แพทย์จะให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อเปิดหลอดเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจะช่วยให้เลือดสามารถไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดออกซิเจนได้ทันเวลา จะทำให้เกิดข้อดี/ประสิทธิภาพ, ข้อเสีย/ภาวะแทรกซ้อนดังนี้

ข้อดี/ประสิทธิภาพ

ข้อดี/ประสิทธิภาพ	ได้รับยา	ไม่ได้รับยา
ความพิการน้อยลงจนแทบไม่มี	43 %	26 %
มีความพิการและต้องมีคนดูแล	40 %	53 %
โอกาสเลือดออกในสมอง	7 %	0.6 %
โอกาสเสียชีวิต	17 %	21 %

ข้อเสีย/ภาวะแทรกซ้อน เลือดออกง่ายผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน เลือดออกในระบบทางเดินอาหารหรือระบบอื่น ๆ ผู้ป่วย 1 ใน 100 มีโอกาสแพ้รุนแรง ผู้ป่วย 7 ใน 100 มีโอกาสเลือดออกในสมอง

โรงพยาบาลพนมไพรอยู่ห่างจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 65 กม.และห่างจากโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ (แม่ข่าย) 40 กม. ซึ่งในผู้ป่วย Stroke Fast Track โรงพยาบาลพนมไพรต้องส่งไปที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แม้ว่าเราจะสามารถ Refer ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว แต่ในรายที่มาในเวลาคาบเกี่ยวเกิน 3 ชม. ก็อาจจะไม่ใช่ผู้ป่วย Stroke Fast Track เมื่อผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลพนมไพรมีศักยภาพการวินิจฉัยโดย CT Scan ทำให้การวินิจฉัยผู้ป่วย Stroke Fast Track ได้อย่างรวดเร็วแต่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับยา rt-PA ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทำให้ระยะเวลาในการเข้าถึงยา rt-PA นานตามระยะทางที่ส่งต่อ และอาจจะไม่เป็นผู้ป่วย Stroke Fast Track แล้ว การได้รับยาเกินเวลาที่กำหนดก็อาจจะทำให้ยาที่ได้รับมีประสิทธิภาพในการรักษาลดลง แต่ถ้าผู้ป่วย Stroke Fast Track ได้รับยา rt-PA ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ และรอดชีวิต, ลดความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นเพื่อลดระยะเวลาการเข้าถึงยา rt-PA เพิ่มโอกาสการรอดชีวิตและลดความพิการในผู้ป่วย Stroke Fast Track โรงพยาบาลพนมไพรร่วมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้มีการพัฒนาระบบช่องทางด่วน Stroke Fast Track โดยเพิ่มศักยภาพการวินิจฉัยโดย CT Scan และพัฒนารูปแบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลพนมไพรแบบ Drip and Ship โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA เร็วที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่มีภาวะหลอดเลือดแดงอุดตันขนาดใหญ่ที่ได้รับยา rt-PA ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพนมไพร
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายหรือเกิดภาวะทุพพลภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาเปรียบเทียบการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลพนมไพร กรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยการบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต โดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา การส่งต่อ ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยนำทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอนร่วมกับแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการศึกษา

- ขั้นตอนที่ 1. การคัดเลือกกรณีศึกษา ผู้ศึกษาเลือกเรื่องที่น่าสนใจ เป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา 2 ราย
- ขั้นตอนที่ 2. ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล
- ขั้นตอนที่ 3. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยาแบบดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
- ขั้นตอนที่ 4. นำข้อมูลที่ได้ มารวบรวมวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการ พยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
- ขั้นตอนที่ 5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ตามแนวทางการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน ในระบบ Fast Track ตามแผนการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6. สรุปผลการดำเนินการกรณีศึกษา
อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 7. เรียบเรียงเป็นเอกสารวิชาการ ให้
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไข

ขั้นตอนที่ 8. ดำเนินการเผยแพร่ผลงาน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

แจ้งการดำเนินโครงการให้ฟังพอสังเขป โดย
เพิ่มเติมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วม
การศึกษา และการรักษาความลับของผู้ป่วย ผู้ศึกษา
จึงวางแผนการพยาบาลโดยยึดกระบวนการพยาบาล 4
ขั้นตอน คือ

1. การประเมินภาวะสุขภาพ โดยการเก็บ
รวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติ
และนักศึกษาติดต่อผู้ป่วยและญาติที่มีสมบัติตามเกณฑ์
ที่กำหนดเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการมี
การศึกษาจากเอกสาร จนได้ประวัติครบถ้วนตามที่
ต้องการ ได้แก่ประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติ
การรักษาพยาบาล ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี
ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและในปัจจุบัน ประวัติ
ครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และผลการตรวจ
ทางห้องปฏิบัติการ

2. วางแผนการพยาบาล โดยใช้ข้อมูล
ที่รวบรวมได้ และข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา
และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ตลอดจนปรึกษา
พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันที่ได้รับยา rt-PA

3. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

4. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผน
พร้อมทั้งสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา

การวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA มีข้อ
วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิด
ความดันกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากมีภาวะ
หลอดเลือดแดงที่สมองอุดตัน

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อ
ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-
PA

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการ
เกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหว
ลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 4 ญาติมีความ
วิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ
โรคที่คุกคามต่อชีวิต

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 5 เตรียมความ
พร้อมผู้ป่วยและญาติในการการส่งต่อโรงพยาบาลที่มี
ศักยภาพสูงกว่า

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 54 ปี น้ำหนัก
54.6 กิโลกรัม เข้ารับการรักษาวันที่ 10 มิถุนายน
2567 เวลา 19.16 น. ได้รับการวินิจฉัย Acute
Ischemic stroke (Small vessel) จำหน่ายออกจาก
ความดูแลเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2567 เวลา 20.50 น.
(อยู่โรงพยาบาลพนมไพร 1 ชม. 34 นาที)

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปี น้ำหนัก
78 กิโลกรัม เข้ารับการรักษาวันที่ 2 สิงหาคม 2567
เวลา 23.57 น. ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic
stroke จำหน่ายออกจากความดูแลเมื่อวันที่ 3
สิงหาคม 2567 เวลา 01.28 น. (อยู่โรงพยาบาลพนม
ไพร 1 ชม. 31 นาที)

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองตีบอุดตัน เฉียบพลัน	- ผู้ป่วยชายไทยอายุ 54 ปี น้ำหนัก 54.6 กิโลกรัม	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปี น้ำหนัก 78 กิโลกรัม	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันคือเพศ และอายุ เนื่องจากอายุมากขึ้นไขมันเกาะหนาตัว ทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้นและผู้ที่มี

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับการรักษา rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	- มีประวัติ HT รักษาต่อเนื่อง รักษามา 5 ปี - ปฏิเสธการแพ้ยา - ไม่สูบบุหรี่ - ไม่ดื่มสุรา - BMI = 20.06	- มีประวัติ DM c HT รักษาไม่ต่อเนื่อง มา 8 ปี - ปฏิเสธการแพ้ยา - สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน นาน 20 ปีกว่า ปัจจุบันก็ยังสูบบุหรี่อยู่ - ดื่มสุรา เป็นครั้งคราว ไม่ได้ดื่มทุกวัน - BMI = 31.96	อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ มักเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง สำหรับปัจจัยที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีการรับยารักษา HT ต่อเนื่องมา 5 ปี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ กรณีศึกษารายที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพ เสี่ยงจากการขาดการออกกำลังกาย ดื่มสุรา สูบบุหรี่ มีภาวะอ้วน และการมีโรคประจำตัว DM c HT มา 8 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยจากการสูบบุหรี่และ ดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาวะเลือดออกในสมองและภาวะเนื้อสมองขาดเลือด สำหรับบุหรี่ จะมีผลต่อการทำลายเซลล์ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่าย⁶
2. พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	มีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แต่ไม่มีแขนขาอ่อนแรง เป็นก่อนมารพ. 1 ชม. 20 นาที Last seen normal = 18.00 น ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเวลา 19.16 น. ประเมินอาการผู้ป่วย V/S > T = 36 องศาเซลเซียส, R = 20 ครั้ง/นาที, P = 78 ครั้ง/นาที, BP = 121/70 mmHg, O₂ Sat = 98. % ประเมินระบบประสาท Glasgow coma scale = 12 (E4V2M6) pupil 2 mm RTL BE, Motor power grade 5 all NIHSS = 6 ให้การรักษาทันที ให้ Oxygen canula 3 L/M, ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml (v) drip 80 cc/hr, ส่งตรวจเลือด, ส่ง CT	มีอาการแขนขาอ่อนแรง ข้างซ้ายอ่อนแรง ขึ้นทันที ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นก่อนมารพ. 2 ชม. Last seen normal = 22.30 น. ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา 23.57 น. ประเมินอาการผู้ป่วย V/S > T = 36.2 องศาเซลเซียส, R = 20 ครั้ง/นาที, P = 68 ครั้ง/นาที, BP = 172/98 mmHg, O₂ Sat = 98. % ประเมินระบบประสาท Glasgow coma scale = 15 (E4V5M6) pupil 2 mm RTL BE, Motor power grade 5 all NIHSS = 4 ให้การรักษาทันที ให้ Oxygen canula 3 L/M, ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml (v) drip 80 cc/hr, ทำ EKG, ส่งตรวจเลือด, เตรียมส่ง CT อีก 15 นาที ประเมินซ้ำ NIHSS = 12, Motor power right grade 5, left grade 1	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ระดับความรู้สึกตัว อาการแสดงที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แต่ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง NIHSS = 6 (คะแนน NIHSS 5-14 = mild to moderately severe stroke severity) กรณีศึกษาที่ 2 อาการแขนขาอ่อนแรง ข้างซ้ายอ่อนแรง ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง NIHSS = 12 (คะแนน NIHSS 5-14 = mild to moderately severe stroke severity)⁷

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับการรักษา rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
3. การวินิจฉัยโรค	Acute Ischemic Stroke (Small vessel)	Acute Ischemic Stroke	
4. การรักษาและการส่งต่อ	At ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา 19.17 น. - Oxygen canula 3L/M - 0.9% NSS 1000 ml (v) drip 80 cc/hr - NIHSS = 6 - ทำ EKG - ประสาน CT brain, Lab - แพทย์เวรประสาน Consult neuro med โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด - --- - พยาบาล ER Retrain Fowley's Cath c bag - V/S > PR = 84 ครั้ง/นาที, BP = 153/86 mmHg, O₂ Sat = 100 % RA - at 20.40 น. ให้ rt-PA (10%) 4.914 mg IV bolus in 1 min then - at 20.42 น. ให้ rt-PA (90%) 44.226 mg IV drip in 60 min - at 20.45 น. ให้ on 0.9% NSS 1000 ml + KCL 30 mEq iv drip 80 cc/hr - at 20.50 น. PR = 84 ครั้ง/นาที, RR = 18 ครั้ง/นาที, BP = 156/88 mmHg, O₂ Sat = 99 % RA - ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (รวมเวลา 1 ชม. 34 นาที) (Door to needle = 84 นาที)	At ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา 23.57 น. - Oxygen canula 3 L/M - 0.9% NSS 1000 ml (v) drip 80 cc/hr - at 00.00 น. ประเมิน NIHSS = 4, Motor power grade 5 all - ทำ EKG, Lab - at 00.15 น. ประเมินซ้ำ NIHSS = 12, Motor power right grade 5, left grade 1 - V/S > PR = 70 ครั้ง/นาที, RR = 20 ครั้ง/นาที BP = 165/105 mmHg, O₂ Sat = 100 % - ส่งทำ CT brain NC - at 00.30 น. PR = 64 ครั้ง/นาที, RR = 20 ครั้ง/นาที BP = 171/95 mmHg, O₂ Sat = 97 % - at 00.40 น. แพทย์เวรประสาน Consult neuro med โรงพยาบาลร้อยเอ็ด - พยาบาล ER Retrain Fowley's Cath c bag - at 00.53 น. ให้ rt-PA (10%) 7.83 mg IV bolus in 1 min then - at 01.01 น. ให้ rt-PA (90%) 70.47 mg IV drip in 60 min at 01.07 น. PR = 68 ครั้ง/นาที, RR = 20 ครั้ง/นาที BP = 157/100 mmHg, O₂ Sat = 98 % - ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (รวมเวลา 1 ชม. 31 นาที) (Door to needle = 56 นาที)	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการประเมิน การคัดกรอง การรักษาที่ได้มาตรฐานตามช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) เหมือนกัน โดยแพทย์เวรมีการประสาน Consult neuro med ในการรักษา กับแพทย์รพ.แม่ข่าย และการพยาบาลต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีการรักษาโดยการได้รับยา rt-PV และผู้ป่วยมีผล Lab ผิดปกติคือ ระดับโพแทสเซียมต่ำ K = 3.27 แพทย์ให้ 0.9% NSS 1000 ml + KCL 30 mEq iv drip 80 cc/hr ร่วมด้วย ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่าย กรณีศึกษาที่ 2 มีการรักษาโดยการได้รับยา rt-PV และผู้ป่วยมีผล Lab ผิดปกติคือ ระดับโพแทสเซียมต่ำเล็กน้อย K = 3.31 ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 172/98 mmHg – 171/95 mmHg อยู่ในเกณฑ์ที่รับได้แพทย์ไม่ได้ให้ยาลดความดัน และแก้ภาวะระดับโพแทสเซียมต่ำ มีการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมส่งต่อในการเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้ง 2 ราย
5. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดความดันกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากมีภาวะ หลอดเลือดแดงที่สมองอุดตัน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดความดันกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากมีภาวะ หลอดเลือดแดงที่สมองอุดตัน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่ได้รับยา rt-PA ความแตกต่างของการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการคลื่นไส้ ปวดไม่ชัดเจนแต่ไม่มีแขนขาอ่อนแรง จึงไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจาก ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง แต่การเฝ้าระวังโอกาสเกิดความ

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	จากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคที่คุกคามต่อชีวิต ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เตรียมความพร้อมผู้ป่วย และญาติในการการส่งต่อโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่า	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหว ลดลง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคที่คุกคามต่อชีวิต ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและ ญาติในการการส่งต่อโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่า	ดัชนีโกลกศิริระสูง (IICP) เนื่องจากมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน กรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครบทั้ง 5 ข้อเนื่องจากความดันโลหิตสูงแม้จะไม่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับยาลดความดัน ต้องเฝ้าระวังจนกว่าระดับความดันโลหิตจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ต้องระวังเรื่องอุบัติเหตุจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงด้วย
6. ระยะติดตามผลการรักษาหลังการส่งต่อ	ผู้ป่วย นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลแม่ข่าย 4 วัน แพทย์ D/C กลับบ้านเพื่อรักษาต่อเนื่องที่รพ.พนมไพร วันที่ 14 มิถุนายน 2567 มา รับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ.พนมไพรรับยา - Amlodipine (5) 1 tab. oral od. pc - Simvastatin (20) 2 tab. oral hs - ASA (81) 1 tab. od. Pc - Vitamine B Complex 1 tab. oral bid. pc. - Folic acid (5) 1 tab. od. Pc - Omeprazole (20) 1 cap od. Pc ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง พูดยังไม่ชัด แต่พูดได้มากขึ้นลิ้นไม่แข็ง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แพทย์ให้ยากลับไปกินที่บ้าน มีการส่งข้อมูลต่อให้ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (COC) เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องในชุมชนต่อไป	ผู้ป่วย นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลแม่ข่าย 2 วันแพทย์ D/C กลับบ้านเพื่อกายภาพบำบัดและ ควบคุมความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องที่ รพ.พนมไพร วันที่ 5 สิงหาคม 2567 มารับยาต่อเนื่องที่ รพ.พนมไพรได้ยา - Amlodipine (5) 1*2 pc - Enalapril (5) 1*2 pc - ASA (81) 1 tab. od. Pc - ASA (300) 1 tab. od. Pc - Atrovastatin (40) 1 tab. oral hs - Folic acid (5) 1 tab. od. Pc - Omeprazole (20) 1 cap od. Pc วันที่ 8 สิงหาคม EMS ออกรับด้วยอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรงเป็นก่อนมา รพ. 25 นาที แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Re-current Stroke ขณะนอนพักที่โรงพยาบาลได้ทำการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพโดยกายภาพบำบัดของ รพ.นอนโรงพยาบาลที่ Stroke Unit 3 วัน แพทย์ D/C ไปฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้าน มีการส่งข้อมูลต่อให้ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (COC)	จากการติดตามผลการรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Ischemic Stroke ได้รับยา rt-PA จากโรงพยาบาลพนมไพร ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง รวมระยะเวลาจากเริ่มมีอาการจนได้รับยา rt-PA กรณีศึกษาที่ 1 รวมระยะเวลา 2 ชั่วโมง 40 นาที นอนรักษาที่รพ. ร้อยเอ็ด 4 วัน และ กรณีศึกษาที่ 2 รวมระยะเวลา 2 ชั่วโมง 23 นาที นอนรักษาที่ รพ.ร้อยเอ็ด 2 วัน ระหว่างการได้รับยาจากรพ.พนมไพรไปจนถึงรพ.ร้อยเอ็ด ไม่มีอาการ หรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ กับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย หลังจาก D/C กลับมารักษาต่อเนื่องที่รพ.พนมไพร กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการดีขึ้นไม่มีแขนขาอ่อนแรง พูดยังไม่ชัด แต่พูดได้มากขึ้นลิ้นไม่แข็งสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ รับยาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 2 หลังกลับมารับยาต่อที่บ้านได้ 3 วันที่อาการกลับเป็นซ้ำอีกรอบต้องเข้ามานอนพักรักษาตัวในรพ.พนมไพรอีก 3 วัน ก่อนจะได้ D/C ไปฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้าน มีการส่งข้อมูลต่อให้ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (COC) เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน ทำกายภาพ ต่อเนื่องในชุมชน หลังฟื้นฟูผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวรองรับยาประจำตัวรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่รพ.พนมไพรตามนัด

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง รับยาประจำตัวรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่รพ.พนมไพรตามนัด	เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน ทำกายภาพ ต่อเนื่องในชุมชน หลังฟื้นฟูผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง รับยาประจำตัวรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่รพ.พนมไพรตามนัด	

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาคครั้งนี้ เป็นการศึกษาคข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษาและการส่งต่อโดยช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA โดยการศึกษาเปรียบเทียบแบบกรณีศึกษา 2 ราย ตั้งแต่แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การประเมิน การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษาและการส่งต่อ โดยผลการศึกษาเปรียบเทียบพบว่า ข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงรับยาต่อเนื่องมา 5 ปี ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนาน 8 ปี แต่ไม่รักษาต่อเนื่อง ไม่กินยาสม่ำเสมอ สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน ดื่มสุราเป็นครั้งคราว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.051 ปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันทั้ง 2 รายคือ อายุและเพศ เนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้นและมีไขมันเกาะตัวหนาทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น ด้านเพศพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยง กรณีศึกษารายที่ 2 มีการรักษาโรคประจำตัวไม่ต่อเนื่อง ดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำเป็นปัจจัยทำให้เกิดหลอดเลือดสมองเนื่องจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาวะเลือดออกในสมองและภาวะเนื้อสมองขาดเลือด สำหรับการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือดและปริมาณของคาร์บอน

มอนนอกไซด์ที่เพิ่มขึ้นในเลือดมีผลต่อการทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย สำหรับพยาธิสภาพและอาการแสดงและการรักษามีความคล้ายคลึงกัน และได้รับยา rt-PA ภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงทั้ง 2 ราย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความคล้ายคลึงกัน การวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดความดันกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน กรณีศึกษารายที่ 1 ความดันโลหิตไม่ได้สูงและกรณีศึกษาที่ 2 มีความดันโลหิตสูง 172/98 mmHg แต่แพทย์ไม่ได้ให้ยาลดความดันโลหิต จึงต้องมีการเฝ้าระวังเรื่องความดันโลหิตตลอดการรักษาและส่งต่อและความแตกต่างกันอีก ในกรณีศึกษารายที่ 1 ที่มีอาการพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง แต่ไม่มีแขนขาอ่อนแรง การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจึงไม่มีในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการประเมินทางระบบประสาท การประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน early signs ของ IICP ประเมินระดับความรู้สึกตัวและ Motor power ให้การพยาบาลตาม Stroke Fast Track Protocol และผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ที่รพ.พนมไพรก่อนส่งต่อรพ.ร้อยเอ็ด กรณีศึกษาที่ 1 รวมระยะเวลา 2 ชั่วโมง 40 นาที กรณีศึกษาที่ 2 รวมระยะเวลา 2 ชั่วโมง 23 นาที นำส่งผู้ป่วยทันเวลาตาม Stroke Fast Track Protocol และผู้ป่วยไม่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้ยา rt-PA^{8,9}

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลจะต้องมีทักษะ ความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การประเมินซ้ำให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งความสามารถในการประเมินภาวะฉุกเฉิน อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อยุติภาวะฉุกเฉินและให้การพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน
2. พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug)
3. พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจแบบการประเมินอาการและความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน (NIHSS)
4. ควรมีการวางแผนร่วมกันในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งสหสาขาวิชาชีพ แพทย์

พยาบาล เกสัชกร นักรังสีเทคนิคและรังสีแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์

5. พัฒนาการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระดับชุมชน หมู่บ้าน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันเวลาของผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน

6. พัฒนาระบบ EMS Super – Fast Track ในจังหวัด ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ตามนโยบายการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ “On ER On Province” มุ่งเน้นการพัฒนาให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานเหมือนกันทุกโรงพยาบาลในจังหวัด

7. พัฒนาระบบการประสานงานส่งต่อผ่านระบบ Tela med System

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา. (2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. บริษัท ธนาเพลส จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
2. ดวงทิพย์ ปินไทยสงค์. (2557). การนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลตำบล, 6(2), 275-282.
3. สุรศักดิ์ โกมลจันทร์. (2563). Endovascular Treatment for Large Arterial Ischemic Stroke in Thailand at Present and Future. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 36(4), 1-11.
4. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. (2556). แนวทางการรักษาของประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 15(2), 1-34.
5. ณัฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสุขภาพ, 41(1), 62-75.
6. สายสุนีย์ เจริญศิลป์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร
7. Brott T., Adams HP Jr., Olenger CP, et al. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke, 20, 864-870
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จันทบุรี.
9. พรณี รัตนประทุมวรรณ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่ห้องฉุกเฉิน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 7(3), 227-236

การเฝ้าระวังการปนเปื้อนไวรัสโนโรในน้ำอุปโภคบริโภคที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

Surveillance of Norovirus in the consumable water used in Hotels in Phuket fiscal year 2023

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 20,2024 ; Accepted: September 21,2024)

อิริยะพร กองทัพ¹ อาภากร นบนอบ² และวัชรีย์ ทองขาว³

Iriyaporn Kongthap¹ Arpakorn Nobnor² and Watcharee Thongkhaw³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังการปนเปื้อนไวรัสโนโรในน้ำอุปโภคบริโภคที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต ในปีงบประมาณ 2566 โดยเก็บตัวอย่างน้ำอุปโภคบริโภคจากโรงแรม จำนวน 15 แห่ง โรงแรมละ 4 ตัวอย่าง รวม 60 ตัวอย่าง ในเดือนมิถุนายน 2566 และนำตัวอย่างมาตรวจวิเคราะห์โดยวิธี Realtime RT-PCR ซึ่งอ้างอิงตามวิธีมาตรฐาน ISO 15216-2:2019

ผลการตรวจวิเคราะห์ ไม่พบไวรัสโนโร ทั้ง 60 ตัวอย่าง โดยสรุปจากข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์เพื่อเฝ้าระวังไวรัสโนโร สามารถบ่งบอกได้ว่าสุขลักษณะของกระบวนการผลิต เก็บรักษา และให้บริการน้ำอุปโภคบริโภคในโรงแรมที่เข้าร่วมโครงการที่มีอยู่เพียงพอในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของไวรัสโนโร

คำสำคัญ: ไวรัสโนโร, Realtime RT-PCR

Abstract

This study was survey research aimed to monitor the potential contamination of norovirus in the consumable water used in hotels in Phuket province in the fiscal year 2023. Samples of consumable water were collected from 15 hotels, with 4 samples from each hotel, totaling 60 samples, in June 2023. The samples were analyzed by Realtime RT-PCR method, following the ISO 15216-2:2019 standard.

The results of the analysis indicated no presence of norovirus in any of the 60 samples. In summary, based on the analysis results for norovirus surveillance, it can be concluded that the production, storage, and provision of the consumable water in the participating hotels are sufficient to prevent and control the spread of norovirus.

Keywords: Norovirus, Realtime RT-PCR

บทนำ

ไวรัสโนโร (Norovirus) หรือ Norwalk virus จัดอยู่ใน Family Caliciviridae เป็นไวรัสที่มีสายพันธุกรรมแบบ RNA สายเดี่ยว ปัจจุบันแบ่งเป็น 10 genogroups (G) คือ GI ถึง GX ในแต่ละ genogroup ยังสามารถจำแนกได้อีกหลาย genotypes โดย GI, GII และ GIV ก่อให้เกิดโรคในคน¹ ไวรัสโนโรเป็นสาเหตุการระบาดของ การติดเชื้อท้องเสียที่ไม่ใช่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยที่สุดในโลก โดยเป็นเชื้อไวรัสที่สามารถแพร่

ระบาดได้ง่ายและรวดเร็ว ปริมาณเพียงเล็กน้อย (น้อยกว่า 100 ตัว) ก็สามารถก่อให้เกิดโรคได้ โดยเชื่อจะทำให้เกิดการอักเสบหรือการติดเชื้อขึ้นที่กระเพาะและลำไส้ เรียกว่า โรคทางเดินอาหารอักเสบเฉียบพลัน ไวรัสโนโรสามารถติดต่อได้หลายทาง เช่น การรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่มีเชื้อไวรัสปนเปื้อน โดยเฉพาะอาหารที่ปรุงไม่สุก เช่น หอย/หอยนางรม ผักผลไม้สดที่ล้างไม่สะอาด² รวมถึงการสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง การจับหรือสัมผัสกับสิ่งของที่มีเชื้ออยู่แล้วนำ

¹ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต

² นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต

³ นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต

นิ้วเข้าปากโดยเฉพาะในเด็ก เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายเชื้อจะอาศัยอยู่บริเวณลำไส้เล็กส่วนต้นและทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเกิดความผิดปกติของการดูดซึมไขมันและน้ำตาลของลำไส้เล็ก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ถ่ายเหลวเป็นน้ำ ปวดท้อง อาจมีไข้ต่ำ ๆ ปวดหัว ปวดเมื่อยตามร่างกายร่วมด้วย มักจะมีอาการภายใน 12 - 48 ชั่วโมง หลังจากได้รับเชื้อไวรัส² ลักษณะอาการเด่น คือ ท้องเสียและอาเจียน แม้ว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนจะดูรุนแรงพอสมควร แต่การตรวจร่างกายมักจะไม่พบอาการปวดเฉพาะที่หรือปวดเกร็งของหน้าท้อง ทำให้แยกการวินิจฉัยแยกโรคจากสาเหตุอื่นๆ ที่มีอาการและอาการแสดงที่คล้ายกันได้ยาก โดยสามารถพบผู้ป่วยได้ทุกเพศทุกวัยและปกติผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นและหายได้เองภายใน 2-3 วัน แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงโดยเฉพาะในเด็กเล็ก หรือผู้สูงอายุอาจก่อให้เกิดการขาดน้ำได้³ ปัจจุบันยังไม่มียาเฉพาะเจาะจงในการกำจัดเชื้อไวรัสนี้ การระบาดในคนพบได้ทั่วไป คาดว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 685 ล้านคนต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 2 แสนคนต่อปี ผู้ป่วยประมาณ 200 ล้านคน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่งผลให้เด็กเสียชีวิตประมาณ 50,000 คนต่อปี⁴ จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคอุจจาระและอาหารเป็นพิษจากไวรัสโรทาและไวรัสโนโร ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559 - สิงหาคม 2564 ได้รับตัวอย่างจากผู้ป่วยและน้ำดื่มที่ใช้ที่คาดว่าสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง จำนวนทั้งสิ้น 1,318 ตัวอย่าง พบไวรัสโรทาและไวรัสโนโร 280 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 21.2 และเมื่อนำตัวอย่างที่ให้ผลบวกมาแยกชนิดของไวรัส พบเป็นไวรัสโนโรร้อยละ 36.1 โดยพบเป็น ไวรัสโนโรสายพันธุ์ GII.2 มากที่สุด ร้อยละ 27.7 รองลงมาคือ GI.3, GII.4, GII.17 และ GI.4 ร้อยละ 9.9, 6.9, 5.9 และ 5.0 ตามลำดับ⁵ เชื้อโนโรไวรัสมีความทนทานต่อสภาวะแวดล้อม โดยทนความร้อนได้ถึง 60 องศาเซลเซียส มีชีวิตอยู่รอดบนพื้นผิวหรือบนสิ่งของได้นานหลายวัน มีความทนทานต่อน้ำยาฆ่าเชื้อต่างๆ รวมทั้ง

แอลกอฮอล์ด้วย ผู้ป่วยสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสได้ผ่านทางอุจจาระและการอาเจียน อีกทั้งผู้ป่วยที่ติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการก็สามารถแพร่เชื้อได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังตรวจพบไวรัสโนโรในอุจจาระของผู้ป่วยหลังจากหายป่วยไปแล้ว 2 สัปดาห์⁶ ในเดือนสิงหาคม 2565 มีรายงานการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดภูเก็ต จากการสอบสวนโรคพบผู้มีอาการป่วยจำนวน 128 คน จากการตรวจตัวอย่างอุจจาระผู้ป่วย ตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสโนโร 3 ตัวอย่าง⁵

ข้อมูลการปนเปื้อนไวรัสโนโร ในประเทศไทยมีการรายงานน้อยมาก ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต จึงได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังการปนเปื้อนไวรัสโนโรในน้ำอุปโภคบริโภคที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต โดยทำการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำและน้ำแข็งเพื่อค้นหาการปนเปื้อนของเชื้อไวรัสโนโรในน้ำอุปโภคบริโภคที่ใช้ในโรงแรม เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังป้องกันการระบาดของเชื้อ ได้ข้อมูลในการป้องกันรวมทั้งมาตรการจัดการการแพร่กระจายของเชื้อ การเกิดโรค และลดผลกระทบในด้านต่างๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพื่อศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนไวรัสโนโรในน้ำอุปโภคบริโภคที่ใช้ในโรงแรมในจังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการบูรณาการป้องกันโรคทางเดินอาหารอีกเสบียบพลันจากไวรัสโนโรร่วมกับโรงแรมและสาธารณสุขในพื้นที่

วิธีการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือและอุปกรณ์

- เครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมในสภาพจริง (Biorad CFX-96)
- เครื่องสกัดสารพันธุกรรมอัตโนมัติ Zybiox EXM 3000
- Centrifuge

- ชุดอุปกรณ์กรองน้ำ
- หลอด Macrocep® Centrifugal filter with Omega Membrane 100K
- กระดาษ NYLON Membrane Filters ขนาด 47 mm. 0.45 µm.
- เครื่องหมุนหลอดทดลอง (Tube Roller)
- Autopipette และ filtered tip
- อุปกรณ์และเครื่องมืออื่น ๆ เช่น PCR tube, serological pipette และ Centrifuge tube

สารเคมี

- ชุดน้ำยา PCR LightCycler® Multiplex RNA virus master
- probe และ primer ของไวรัสโนโร GI และ GII
- ชุดน้ำยา RNA process control kit
- สารละลาย TGBE buffer, pH 9.5 ที่มีส่วนประกอบ Tris Base, Glycine, Beef extraction powder (AR grade/ microbiology grade)
- Zymo Nucleic Acid Extraction Kit (Magnetic Bead Method)

ตัวอย่างตรวจวิเคราะห์

ตัวอย่างน้ำและน้ำแข็ง จากโรงแรมที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 15 แห่ง ในเดือนมิถุนายน 2566 โรงแรมละ 4 ตัวอย่าง ประกอบด้วย น้ำจากถังเก็บน้ำ 1 ตัวอย่าง น้ำใช้ในครัว 1 ตัวอย่าง น้ำดื่ม 1 ตัวอย่าง และน้ำแข็ง 1 ตัวอย่าง รวมทั้งหมดจำนวน 60 ตัวอย่าง ภาชนะที่ใช้เก็บตัวอย่างน้ำ เป็นขวดพลาสติก ขนาด 1,500 มิลลิลิตร ตัวอย่างละ 2 ขวด ส่วนตัวอย่างน้ำแข็ง เก็บใส่ถุงพลาสติก ถุงละ 1 กิโลกรัม จำนวน 3 ถุง

ตัวอย่างควบคุมบวก

ตัวอย่างควบคุมบวกเป็นตัวอย่างที่มีสารพันธุกรรมของไวรัสโนโร GI และ GII ที่ได้รับอนุเคราะห์จากห้องปฏิบัติการไวรัส สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต คัดเลือกโรงแรมขนาดใหญ่ระดับ 3 - 5 ดาว ในจังหวัดภูเก็ต และให้โรงแรมสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 15 แห่ง

2. ประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการ และให้ความรู้เกี่ยวกับไวรัสโนโร รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อให้กับพนักงานโรงแรม

3. เก็บตัวอย่างน้ำและน้ำแข็ง จากโรงแรมที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 15 แห่ง ในเดือนมิถุนายน 2566 โรงแรมละ 4 ตัวอย่าง ประกอบด้วย น้ำจากถังเก็บน้ำ 1 ตัวอย่าง น้ำใช้ในครัว 1 ตัวอย่าง น้ำดื่ม 1 ตัวอย่าง และน้ำแข็ง 1 ตัวอย่าง รวมทั้งหมดจำนวน 60 ตัวอย่าง ภาชนะที่ใช้เก็บตัวอย่างน้ำ เป็นขวดพลาสติก ขนาด 1,500 มิลลิลิตร ตัวอย่างละ 2 ขวด ส่วนตัวอย่างน้ำแข็ง เก็บใส่ถุงพลาสติก ถุงละ 1 กิโลกรัม จำนวน 3 ถุง

4. ขนส่งตัวอย่างมายังห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาไวรัสโนโร ให้แก่บริษัทฯ ขวดตัวอย่างน้ำในกระติกแช่เย็น

5. ตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำและน้ำแข็ง ด้วยวิธี Realtime RT-PCR ซึ่งอ้างอิงตามวิธีมาตรฐาน ISO 15216-2:2019 Microbiology of the food chain – Horizontal method for determination of Hepatitis A virus and Norovirus in food using real-time RT – PCR – Part 2 : Method for detection⁷ โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.1 การเตรียมตัวอย่าง

5.1.1 นำตัวอย่างน้ำ 1 ลิตร (กรณีน้ำแข็ง ให้ละลายน้ำแข็งที่อุณหภูมิห้อง 18-27 องศาเซลเซียส และนำน้ำแข็งที่ละลายมา 1 ลิตร) เติมน้ำ RNA Process Control (RPC) 200 ไมโครลิตร กรองผ่านกระดาษกรองชนิด positively charged (Nylon membrane filter ขนาด 47 mm., 0.45 µm) นำแผ่นกระดาษกรองใส่ในหลอด centrifuge ที่มี TGBE buffer (pH 9.5) 4 มิลลิลิตร และนำภาชนะที่บรรจุตัวอย่างใส่ TGBE buffer 10 มิลลิลิตร บ่มความเร็ว 50 รอบ/นาที เป็น

เวลา 20 นาที ที่อุณหภูมิห้อง ดูดตัวอย่างใส่รวมใน centrifuge tube หลอดใหม่ rinse ภาชนะที่บรรจุตัวอย่างด้วย TGBE buffer 2 มิลลิลิตร เขย่าเบาๆ แล้วเทรวมในหลอด centrifuge ปรับ pH เป็น 7.0 ± 0.5 ด้วย 5 M HCL ดูดสารสกัดตัวอย่างลงในหลอด centrifugal filter concentration device นำไปปั่น $4,000 \times g$ 15 นาที เก็บ concentrate ใส่หลอด microcentrifuge ขนาด 1.5 มิลลิลิตร ปรับปริมาตรเป็น 500 ไมโครลิตร ด้วย PBS นำไปสกัด RNA ได้ทันทีหรือเก็บไว้ที่ 5 องศาเซลเซียส 24 ชั่วโมง หรือ ≤ -15 องศาเซลเซียส ไม่เกิน 6 เดือน หรือ ≤ -70 องศาเซลเซียส > 6 เดือน

5.2 การสกัดสารพันธุกรรม

5.2.1 เขย่าชุดสกัดให้ magnetic bead ผสมเป็นเนื้อเดียวกันกับน้ำยา ตั้งทิ้งไว้ประมาณ 3-5 นาที เติม Proteinase K 15 ไมโครลิตร ดูดตัวอย่างที่เตรียมจากข้อ 5.1.1 ปริมาณ 200 ไมโครลิตร มาทำการสกัดโดยเครื่องสกัดสารพันธุกรรมอัตโนมัติ Zybion EXM 3000 ใช้ชุดสกัดสารพันธุกรรม Zybion Nucleic acid extraction kit ซึ่งใช้หลักการแยก RNA โดย Magnetic

bead เก็บสารพันธุกรรมที่สกัดได้นำไปตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Realtime RT-PCR

5.3 การตรวจสอบสารพันธุกรรมด้วยเทคนิค Realtime RT-PCR

5.3.1 RNA process control (RPC)

การเตรียมน้ำยา master mix สำหรับปฏิกิริยา RT-PCR ให้เตรียมโดยกำหนดความเข้มข้นขององค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ Nuclease free water 10.4 ไมโครลิตร, RT-qPCR reaction mix (5X) 4.0 ไมโครลิตร, RNA process control detection assay (20x) 0.5 ไมโครลิตร RT-Enzyme solution (200x) 0.1 ไมโครลิตร หลังจากนั้นเติม RNA template 5 ไมโครลิตร positive control, และ Nuclease free water ใส่ในหลอดที่มีน้ำยา master mix สำหรับปฏิกิริยา 15 ไมโครลิตร ได้ปริมาตรรวม 20 ไมโครลิตร

5.3.2 Norovirus GI และ GII (duplex real-time RT-PCR)

การทำ real-time RT-PCR ใช้ ไพรเมอร์และโพรบ จำนวน 2 ชุด ซึ่งจำเพาะต่อ Norovirus GI และ GII รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลำดับเบสของไพรเมอร์และโพรบสำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสโนโร GI และ GII โดยวิธี Real time RT-PCR⁷

NAME	Sequence (5' - 3')	Label	Specific to
QNIF4-FW	CGCTGGATGCGNTTCCAT	-	Norovirus GI
NV1LCR -REV	CCTTAGACGCCATCATCATTTAC	-	
NVGG1p -PROBE	TGGACAGGAGAYCGCRATCT	FAM-BHQ1	
NOVGII-FW	ATGTTACAGRTGGATGAGRTTCTCWGA	-	Norovirus GII
QNIF2-REV	TCGACGCCATCTTCATTCACA	-	
COG2R-PROBE	AGCACGTGGGAGGGCGATCG	HEX-BHQ1	

การเตรียมน้ำยา master mix สำหรับปฏิกิริยา RT-PCR ให้เตรียมโดยกำหนดความเข้มข้นขององค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ Nuclease free water 6.9 ไมโครลิตร, RT-qPCR reaction mix (5X) 4.0 ไมโครลิตร, NoV GI forward primer, 10 μ M (QNIF4)

0.8 ไมโครลิตร NoV GI reverse primer (NV1LCR) 0.8 ไมโครลิตร และ NoV GI probe (NVGG1p) 0.4 ไมโครลิตร NoV GII forward primer (QNIF2) 0.8 ไมโครลิตร NoV GII reverse primer (COG2R) 0.8 ไมโครลิตร และ NoV GII probe (QNIFs) 0.4 ไมโครลิตร

RT-Enzyme solution (200x) 0.1 ไมโครลิตร หลังจาก
นั้นเติม RNA template 5 ไมโครลิตร positive
control, และ RNase free water ใส่ในหลอดที่มีน้ำยา
master mix สำหรับปฏิกิริยา 15 ไมโครลิตร ได้
ปริมาตรรวม 20 ไมโครลิตร

6. นำไปใส่เครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมใน
สภาพจริง (Biorad CFX 96) ตั้งโปรแกรมเครื่องเพิ่ม
ปริมาณสารพันธุกรรมในสภาพจริง (Realtime PCR)
ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โปรแกรมเครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมในสภาพจริง (Realtime PCR)

Step	Temperature	time	Cycles
Reverse Transcription	50 องศาเซลเซียส	10 min	1
Initial Denaturation	95 องศาเซลเซียส	1 min	1
2-Step Amplification	95 องศาเซลเซียส	15 sec	45
	*57 องศาเซลเซียส	30 sec	

FAM = NoV GI, HEX = NoV GII, Cy5 = RPC

*ระบุให้เครื่องเก็บข้อมูล (Data acquisition) ที่ขั้นตอนนี้

7. การแปลผลการทดสอบ

7.1 RNA process control (Internal Quality control)

ค่า Ct อยู่ในช่วง 27-35 แปลผลการทดสอบเป็น
บวก แสดงว่า ผ่านการทดสอบในขั้นตอนการสกัดไวรัส
และการสกัดสารพันธุกรรม

ค่า Ct > 35 หรือไม่มีค่า Ct/ไม่มีกราฟ แปลผล
การทดสอบเป็นลบ แสดงว่า ไม่ผ่านการทดสอบ ให้ทำ
การทดสอบใหม่ตั้งแต่ขั้นตอนการสกัดไวรัส

7.2 Norovirus GI และ GII

ค่า Ct ของยีนเป้าหมาย ≤ 40 แปลผลการ
ทดสอบเป็นบวก

ค่า Ct ของยีนเป้าหมายไม่แสดงค่า/ไม่มีกราฟ
แปลผลการทดสอบเป็นลบ

ค่า Ct ของยีนเป้าหมาย > 40 ควรทดสอบซ้ำ
ด้วยการเพิ่มปริมาตรของสารพันธุกรรมตั้งต้น เป็น 2
เท่า หรือเตรียมสกัดสารพันธุกรรมใหม่ หากยังให้ผล
การทดสอบเป็นบวก ให้แปลผลพบสารพันธุกรรมเชื้อ
ไวรัสโนโร GI และ GII

8.แจ้งผลการตรวจวิเคราะห์โดยการจัดส่ง
รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ให้โรงแรมที่เข้าร่วม

โครงการ พร้อมทั้งแนบเอกสารขอแนะนำการปรับปรุง
ให้กับโรงแรมที่ตรวจพบเชื้อ

9.ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดภูเก็ต ลงพื้นที่เพื่อแนะนำให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่
ของโรงแรมให้ทราบถึงวิธีการกำจัดเชื้อ ในกรณีตรวจ
พบเชื้อ พร้อมทั้งเสนอแนะวิธีการปรับปรุง

10.ในกรณีที่ตรวจพบเชื้อ จะทำการเก็บตัวอย่าง
น้ำซ้ําเพื่อตรวจวิเคราะห์รอบที่ 2 หลังจากโรงแรมทำ
การปรับปรุงระบบน้ำแล้ว

11.รวบรวมผลการตรวจ วิเคราะห์ผล และ
สรุปผลการดำเนินงาน

12.รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานให้แก่
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ

ผลการศึกษา

จากการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำอุปโภค
บริโภค ที่เก็บจากโรงแรมขนาดใหญ่ที่สมัครเข้าร่วม
โครงการในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 15 แห่ง เป็นโรงแรมที่
ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง จำนวน 8 แห่ง อำเภอกลาง
จำนวน 3 แห่ง และอำเภอกะทู้ (ตำบลป่าตอง) จำนวน
4 แห่ง ประเภทตัวอย่างที่เก็บ ได้แก่ น้ำจากถังเก็บน้ำ

จำนวน 15 ตัวอย่าง น้ำดื่ม จำนวน 15 ตัวอย่าง น้ำใช้ในครัว จำนวน 15 ตัวอย่าง และน้ำแข็ง จำนวน 15 ตัวอย่าง รวมทั้งหมด 60 ตัวอย่าง ตรวจไม่พบไวรัสโนโร genotype I และ genotype II จำนวน 60 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำอุปโภคบริโภค เพื่อตรวจสอบการปนเปื้อนไวรัสโนโร เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญเพื่อให้แน่ใจว่าน้ำที่ใช้ปลอดภัยสำหรับการอุปโภคบริโภค ซึ่งจากผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำทั้ง 60 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนไวรัสโนโร อาจบ่งบอกว่าสุขลักษณะของกระบวนการผลิต เก็บรักษา และให้บริการน้ำอุปโภคบริโภคในโรงแรมที่เข้าร่วมโครงการที่มีอยู่เพียงพอในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของไวรัสโนโร อย่างไรก็ตามการเก็บตัวอย่างน้ำดื่มที่ใช้ในโรงแรมในการศึกษารั้งนี้ เป็นน้ำดื่มที่ให้บริการในห้องพัก โดยตัวอย่างทั้งหมดจะเป็นน้ำดื่มที่บรรจุในขวดที่ปิดสนิท และผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ดังนั้นในการดำเนินการครั้งต่อไปอาจเลือกเก็บตัวอย่างน้ำดื่มจากจุดบริการสาธารณะที่มีความเสี่ยงในการปนเปื้อนเชื้อไวรัส เพื่อใช้ในการประเมินการจัดการสุขลักษณะในการให้บริการน้ำอุปโภคบริโภคของโรงแรมต่อไป⁵

การตรวจวิเคราะห์น้ำอุปโภคบริโภคสามารถทำได้โดยใช้หลายวิธี ซึ่งอาจรวมถึงการตรวจสอบคุณสมบัติทางเคมีและจุลชีววิทยาของน้ำ เพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพ การตรวจน้ำอาจรวมถึงการตรวจสอบการมีหรือไม่มีสารประกอบที่ไม่ควรปรากฏในน้ำที่ทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ และการตรวจสอบจุลชีววิทยา เพื่อตรวจสอบการมีหรือไม่มีจุลินทรีย์ แบคทีเรีย หรือไวรัสที่อาจทำให้เกิดโรค การตรวจสอบการปนเปื้อนไวรัสโนโรในน้ำอุปโภคและบริโภคจึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่ใช้บริการในโรงแรมมีความมั่นใจและปลอดภัยจากโรคทางเดิน

อาหารอีกเสบเยียบพลันที่เกิดจากไวรัสโนโร⁵ ผลการตรวจที่ไม่พบไวรัสโนโรในตัวอย่างทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าน้ำที่ใช้ในโรงแรมขนาดใหญ่ที่สมัครเข้าร่วมโครงการในจังหวัดภูเก็ตมีคุณภาพที่ดีและปลอดภัยสำหรับการบริโภค อย่างไรก็ตามการตรวจวิเคราะห์น้ำควรทำเป็นประจำเพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของน้ำที่ใช้ในกิจกรรมทั้งหลายในโรงแรม

โดยสรุปจากข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์เพื่อเฝ้าระวังไวรัสโนโร สามารถบ่งบอกได้ว่าสุขลักษณะของกระบวนการผลิต เก็บรักษา และให้บริการน้ำอุปโภคบริโภคในโรงแรมที่เข้าร่วมโครงการที่มีอยู่เพียงพอในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของไวรัสโนโร อย่างไรก็ตามยังคงต้องมีการเฝ้าระวังการปนเปื้อนไวรัสโนโรในน้ำอุปโภคบริโภคภายในโรงแรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความรู้ให้ผู้ประกอบการและพนักงานโรงแรม ให้มีความตระหนักและรู้วิธีป้องกันการติดต่อและการแพร่กระจายของไวรัสโนโร รวมถึงความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ตามคู่มือโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Green health hotel) ของกรมอนามัย เช่น สถานที่วางน้ำดื่ม ต้องสะอาด ไม่มีฝุ่นหรือหยากไย่ ไม่วางใกล้แหล่งมลพิษอื่น เช่น ขยะ น้ำเสีย ในระยะ 10 เมตร มีการล้างทำความสะอาดก๊อกน้ำดื่ม และจุดบริการน้ำดื่มให้สะอาด ภาชนะที่บรรจุน้ำดื่ม ควรมีการล้างทำความสะอาดทุกวัน ในส่วนน้ำใช้ควรดูแลทำความสะอาดถึงฟักน้ำภายในอาคารอย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง กรณีเป็นถังฟักน้ำใต้ดินควรทำความสะอาดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (กรณีถังมีขนาดใหญ่มากยากแก่การทำความสะอาด ให้เติมคลอรีนเพื่อเพิ่มรักษาระดับคลอรีนอิสระคงเหลือที่ปลายท่อให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัมต่อลิตร เป็นต้น⁶ เพื่อให้นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติปลอดภัยจากโรค ส่งเสริมภาพลักษณ์การท่องเที่ยวของประเทศ และเพิ่มรายได้ทางเศรษฐกิจของประเทศมากขึ้นต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต ที่สนับสนุนโครงการ ขอขอบคุณสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหารที่ช่วยถ่ายทอดวิธีการตรวจวิเคราะห์ ขอขอบคุณผู้จัดการโรงแรมทั้ง 15

แห่ง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บตัวอย่างน้ำ และที่สำคัญขอขอบคุณผู้ร่วมดำเนินโครงการของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11/1 ภูเก็ต ที่ร่วมกันทำงานจนบรรลุผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Chhabra P, de Graaf M, Parra I. G, Chan C-W M, Green K, Martella V, et al. Updated classification of Norovirus genogroups and genotypes. J GEN Virol. 2019 Oct; 100(10): 1393-1406.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated norovirus outbreak management and disease prevention guideline. MMWR 2011; 60(3): 1-15.
3. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โนโรไวรัส (Norovirus) สาเหตุการอักเสบ ติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร ที่พบได้บ่อยในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://www.childrenhospital.go.th/28200/บริการสำหรับประชาชน/โนโรไวรัส-norovirus-สาเหตุการอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร-ที่พบได้บ่อยในเด็ก/>
4. World Health Organization. Norovirus [Internet]. Retrieved December 10, 2023. From: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/norovirus>
5. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษจากไวรัสโรทาและไวรัสโนโร [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2566. เข้าถึงได้จาก: http://nih.dmsc.moph.go.th/data/data/fact_sheet/64/nihfactsheet64-11.pdf
6. Koo HL, Ajami N, Atmar RL, DuPont HL. Noroviruses: the principal cause of foodborne disease worldwide. Discov Med 2010; 10(50): 61-70.
7. ISO 15216-2:2019. Microbiology of the food chain Horizontal method for determination of hepatitis A virus and norovirus using real-time RT-PCR - Part 2: method for qualitative detection. Geneva, Switzerland: ISO; 2019.
8. สำนักอนามัยและสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม Green Health Hotel. , มกราคม 2564: 42-496.

ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยเด็ก ระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น

The effectiveness of development clinical nursing practice guidelines for preventions
of unplanned extubations in pediatric intensive care unit, Khon Kaen Hospital.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

รุ่งลารวรรณ สุภิรัตน์กุล¹

Runglawan Supirattanakul¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (PICU) โรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งหมด จำนวน 17 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึก แบบประเมิน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แจกแจงในรูปของความถี่ ร้อยละ และสถิติที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า 1. ผลการเปรียบเทียบการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น ด้านการให้ข้อมูลพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) 2. การประเมินความเสี่ยงการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน แบบประเมิน MAAS เป็นเครื่องมือที่นำเข้ามาใช้ใหม่ พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) 3. การประเมินและการจัดการความปวด เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน 4. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) 5. การสื่อสารในทีมอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า หลังและก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} > .05$ (0.86) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผน อยู่ในระดับมากขึ้นไป จำนวน 17 คน (ร้อยละ 100)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

Abstract

This research was a quasi-experimental study using the One-Group Pretest-Posttest Design. The objective was to investigate the effectiveness of nursing practices aimed at preventing unplanned extubation in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) at Khon Kaen Hospital. The sample consisted of 17 professional nurses working in the PICU. Data were collected using recording forms, assessment tools, and questionnaires, and analyzed through frequency distribution, percentages, and t-test statistics.

The research findings indicated the following: 1) Comparison of Nursing Practices: The comparison of nursing practices for preventing unplanned extubation showed that the average score for information provision after the intervention was significantly higher than before ($P=0.000$). 2) Risk Assessment Tool: The MAAS assessment tool, which was newly implemented in this study, revealed that the average score after the intervention was significantly higher than before ($P=0.000$). 3) Pain Assessment and Management: The comparison of average scores for pain assessment and management showed no significant differences. 4) Adherence to Nursing Practices: Adherence to nursing practices for preventing unplanned extubation demonstrated that the average score after the intervention was significantly higher than before ($P=0.000$).

¹ หอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (PICU) โรงพยาบาลขอนแก่น

5) Team Communication: There was no significant difference in effective team communication before and after the intervention (p -value > 0.05, 0.86). Overall, the satisfaction level regarding the implementation of nursing practices to prevent unplanned extubation was reported to be high among all 17 participants (100%).

Keywords: Nursing practice guidelines, endotracheal tube dislocation

บทนำ

โรคระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) เป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตและมีอัตราการตายสูง โดยภาวะการหายใจล้มเหลว เป็นภาวะที่ระบบหายใจทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (Hypoxia) หรือมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดมาก (Hypercapnia) ซึ่งอาจเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ทั้งชนิดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและชนิดแบบเรื้อรัง ระบบทางเดินหายใจถือเป็นระบบที่สำคัญของผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้เมื่อเกิดความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ หากไม่ได้รับการแก้ไขสาเหตุหรือการให้การช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตได้เพราะเด็กมีโครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์และสรีระวิทยาทางระบบหายใจที่ยังไม่แข็งแรง ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางเดินหายใจไม่สามารถทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซได้ ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและรุนแรง มีโอกาสเสียชีวิตสูง และยังส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะอื่นๆ ตามมา ซึ่งมีสาเหตุจากโรคของระบบทางเดินหายใจทั้งสิ้น เช่น การติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ โรคปอดอักเสบ หรือโรคหอบหืด เป็นต้น¹ นอกจากนี้ยังพบสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง ภาวะหัวใจวาย เป็นต้น ซึ่งการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตนี้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อผู้ป่วยเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดาและครอบครัวอีกด้วย ดังนั้นการรักษายาบาลต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย

ผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาในต่างประเทศพบภาวะล้มเหลวทั้งระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ (Cardiopulmonary arrest) ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็น 0.1-2 ต่อ 1,000 ของประชากรเด็ก ซึ่งมีโอกาสรอดชีวิตเพียงร้อยละ 27-50 ผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาใน 24 ชั่วโมงแรก และมีอาการแสดงทางคลินิกทรุดลงภายใน 1-2 ชั่วโมงก่อนเกิดการหยุดการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต การดูแลรักษาที่สำคัญเพื่อเป็นการช่วยชีวิตในเบื้องต้นคือการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ² เพื่อประคับประคองการทำงานของระบบทางเดินหายใจผู้ป่วยจนกว่าอาการดีขึ้น ซึ่งกระบวนการการดูแลรักษาหากไม่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะอาจทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ หรืออาจมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลซึ่งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adversed event) ที่สำคัญคือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน (Unplanextubation: UE) ในต่างประเทศพบการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน อยู่ระหว่างร้อยละ 11.4-17 และในส่วนของประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบอัตราสูงถึงร้อยละ 8.7-22.5ซึ่งพบว่าเกิดจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเองถึงร้อยละ 78-87ของผู้ป่วยที่เกิด UEและต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำร้อยละ 56-59³ ภายหลังการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 36-74 จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ภายใน 1 ชั่วโมง และร้อยละ 20-74.5 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจคืนภายใน 48 ชั่วโมง ใน

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 5-33.3 การคาท่อช่วยหายใจไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย เกิดความเจ็บปวดจากการเสียดสีของท่อช่วยหายใจต่ออวัยวะ ทรมานจากการดูดเสมหะ ทำให้ผู้ป่วยพยายามเอาท่อช่วยหายใจออกเองก่อนกำหนด เกิดเป็นอุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนขึ้น ซึ่งจากนิยามการถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนหมายถึง การที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจเอง จากระดับความรู้สึกร่างกายเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระวนกระวาย การผูกมัดร่างกายหรือท่อช่วยหายใจไม่เหมาะสมหรืออาจเกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ครอบคลุม บุคลากรไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้แก่ หลอดลมคอได้รับบาดเจ็บ อาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยส่วนมากต้องกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ ทำให้ระยะเวลาที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทั้งของโรงพยาบาลและของญาติ ผลกระทบกับสถานะจิตใจทั้งของผู้ป่วยและญาติผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุดคือผู้ป่วยอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้⁴ หอผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต PICU (Pediatric intensive care unit) โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการในเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคามและกาฬสินธุ์) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการครบทุกสาขา รวมถึงระบบบริการรักษาเฉพาะทางด้านผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่อายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่เจ็บป่วยในระยะวิกฤตทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น ผู้ป่วยที่มีระบบหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค และผู้ป่วยที่ต้องการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เป็นต้น โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ โดยในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยเด็กเข้ารักษาจำนวน 347, 429 และ 478 รายตามลำดับ และพบจำนวนอุบัติการณ์เลื่อนหลุดของท่อช่วย

หายใจโดยไม่ได้วางแผน เป็น 10.8, 12.10 และ 10.76 ครั้งต่อ 1000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปี 2563-2565 เป็น 8.13, 7.63 และ 8.91 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และยังพบการเกิดในระดับความรุนแรงเกือบถึงชีวิต จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าสาเหตุมาจากผู้ป่วยเด็กมีภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย การผูกมัดท่อ การได้รับยาระงับประสาทและยาคลายกล้ามเนื้อ และการผูกมัดผู้ป่วยไม่เหมาะสม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เป็นต้น^{5,6}

โดยเหตุที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผน เป็นอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งคุกคามต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโดยตรง ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตได้เห็นความสำคัญของปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นจึงได้ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับทบทวนวิธีปฏิบัติเดิมและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจขึ้น และมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนไปใช้เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งผลจากการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนอย่างเหมาะสมกับบริบท และบรรลุเป้าหมายตามจุดเน้นของโรงพยาบาล คือความปลอดภัยของผู้ป่วยตามพันธกิจวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลขอนแก่น คือ “ศูนย์กลางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เป็นเลิศระดับนานาชาติ”

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น

2.2 เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

สมมติฐานการวิจัย

1. อุบัติการณ์ต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือความรุนแรงระดับ D ขึ้นไป น้อยกว่า 7 ครั้ง/1000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และความรุนแรงระดับ G, H, I = 0

2. พยาบาลวิชาชีพใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (PICU) >ร้อยละ 85

3. พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด อยู่ในระดับมากขึ้นไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (PICU) โรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งหมด จำนวน 17 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน

การศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการศึกษาประกอบด้วย

1. คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ในหอผู้ป่วยเด็ก ระยะ วิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูแลที่ได้รับขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และผลกระทบ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ เมื่อเข้าเยี่ยม⁷ 2) การประเมินความเสี่ยงการเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน (UE) โดยใช้แบบประเมิน MAAS เป็นแบบประเมินระดับความรู้สึกตัวและพฤติกรรมเคลื่อนไหว (Motor Activity Assessment Scale, MAAS) เพื่อพิจารณาญาติผู้ป่วย และการให้ยาแก้ลมประสาทหรือยาคลายกล้ามเนื้ออย่างเหมาะสม^{8,9,10} 3) การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม โดยใช้แนวทางการประเมินความปวด^{11,12} 4) ปฏิบัติการพยาบาลป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน 6) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพ^{13,14}

2. แบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติส่วนของพยาบาล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (PICU) โรงพยาบาลขอนแก่น การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลทารกและเด็กระยะวิกฤต

2.2 แบบบันทึกการสังเกตการณ์ปฏิบัติพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต สังเกตแบบมีส่วนร่วมและบันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ในขณะที่พยาบาลประจำการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ > 7 ปีขึ้นไป ในประเด็นตามแบบสังเกต มี

ลักษณะเป็นแบบการตรวจสอบรายการ (check list) โดยสังเกตกิจกรรมละ 3 ครั้ง ต่อพยาบาล 1 คน ถ้าปฏิบัติถูกต้องทั้ง 3 ครั้งให้ถือว่าปฏิบัติถูกต้อง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติถูกต้องเพียง 1 ใน 3 หรือ 2 ใน 3 ถือว่าปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน จำนวน 5 หมวดกิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ 2) การประเมินความเสี่ยงการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน (UE) และการจัดการผูกยึดอย่างเหมาะสม 3) การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 4) ปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน 5) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีม

2.3 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนไปใช้ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแกร็บผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประกอบด้วยความยากง่ายของแนวปฏิบัติการพยาบาล และความสามารถในการนำไปใช้ โดยครอบคลุม 5 หมวด ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ 2) การประเมินความเสี่ยงการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน (UE) และการจัดการผูกยึดอย่างเหมาะสม 3) การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 4) ปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน 5) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีม โดยแต่ละหมวดมีลักษณะตัวเลือกตอบ 2 ระดับ คือ ยากหรือง่าย และการนำไปใช้ได้หรือนำไปใช้ไม่ได้

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน โดยมาตรวัดความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการกำหนดน้ำหนักคะแนนความพึงพอใจ กำหนดไว้ดังนี้

พึงพอใจมากที่สุดกำหนดให้ 5 คะแนน
พึงพอใจมากกำหนดให้ 4 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง กำหนดให้ 3 คะแนน
พึงพอใจน้อย กำหนดให้ 2 คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด กำหนดให้ 1 คะแนน
เกณฑ์ในการแปลความหมายค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ย โดยรวมของความพึงพอใจ มีดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.51-5.00	พึงพอใจมากที่สุด
3.51-4.50	พึงพอใจมาก
2.51-3.50	พึงพอใจปานกลาง
1.51-2.50	พึงพอใจน้อย
1.00-1.50	พึงพอใจน้อยที่สุด

2.5 คำถามปลายเปิด ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ในหอผู้ป่วยเด็กกระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะ ผู้ศึกษานำเครื่องมือในการศึกษาและการเก็บข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา นำผลมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ 0.7 การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ Index of Item-Objective Congruence (IOC) ผลการพิจารณา โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยวิธี Item Objective Congruence Index ซึ่งค่าดัชนี

ความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ มากกว่า 0.5 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.72 ถือเป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์คุณภาพดี

วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ความเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยนำปัญหาและอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ร่วมกับการใช้คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยวิธีของครอนบาร์ช การหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละชุดดังนี้ แบบสอบถามความยากง่ายของแนวปฏิบัติการพยาบาล และความสามารถในการนำไปใช้ โดยครอบคลุม 5 หมวด ได้ค่าความเที่ยง 0.8 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้คือตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปถือว่าเป็นความเที่ยงที่ยอมรับได้

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.1 ศึกษาข้อมูล ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (PICU) โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดประเด็นและขอบเขตปัญหาสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาการป้องกันท่อ

ช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ร่วมกับการสังเกตและสอบถามเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ภายในหน่วยงานมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกัน UE ยังไม่ครอบคลุม มีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกัน UE ที่แตกต่างกันทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน UE ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงวางแผนร่วมกับพยาบาลผู้มีประสบการณ์กำหนดหัวข้อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน UE เพื่อพัฒนาคุณภาพงานในหอผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล พิจารณาจากประสบการณ์การทำงานและความสนใจ ประกอบด้วยกุมารแพทย์เชี่ยวชาญด้านระบบหายใจ 1 ท่านและพยาบาลที่มีประสบการณ์ใน PICU ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 3 ท่านและผู้วิจัย โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลกุมารเวชกรรม และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักเป็นที่ปรึกษา

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 7- 15 ปี ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (PICU) โรงพยาบาลขอนแก่น ผลลัพธ์ ประกอบด้วย

1. อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน อยู่ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ ความรุนแรงระดับ D ขึ้นไป น้อยกว่า 10 ครั้ง/1000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และความรุนแรงระดับ G ,H ,I = 0

2. พยาบาลวิชาชีพใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (PICU) > ร้อยละ 85

ขั้นตอนที่ 4 สืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยสืบค้นเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น และใช้วิธีการสืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และจากการสืบค้นด้วยมือ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, CINAHL MD consult, ScienceDirect, The cochrane library, Proquest, และจาก Websites ได้แก่ www.aacn.org, www.guideline.gov โดยมีการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ unplanned extubation, accidental extubation, self-extubation, guidelines and unplanned extubation, agitation and sedation, critical care and agitation, critical care and pain management, critical care and restraint therapy, critical care and respirator, critical care and self-extubation, intensive care and communication, intensive care and information, intubation and discomfort, secure endotracheal tubes โดยกำหนดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 ถึง 2565 แล้วจึงนำมาจัดเป็นข้อเสนอแนะและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด UE “ร่าง” ทั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องในการประเมินคุณภาพจากคณะกรรมการ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน UE จากหลักฐานเชิงประจักษ์และนำเสนอต่อทีมพัฒนาเพื่อหาข้อสรุปของเนื้อหาในการจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน UE ให้เหมาะสมกับหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 6 จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับยกร่างประกอบด้วย ชื่อ แนวปฏิบัติการพยาบาล คำนำ สารบัญ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ความเป็นมา ความสำคัญ

วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ขอบเขตการพัฒนา นิยามศัพท์ ผลลัพธ์ ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาล แผนภูมิแสดงขั้นตอนการการป้องกัน UE

ขั้นตอนที่ 7 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผน แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล และคู่มือในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไข

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้คัดเลือกและขอความร่วมมือจากผู้ช่วยวิจัย 1 คน ให้เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกการสังเกตการณ์การปฏิบัติพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ของพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานในช่วงวันหยุดราชการและในเวรบายและเวรดึก โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและทำความเข้าใจกับบทบาทของผู้ช่วยวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากความแตกต่างระหว่างผู้วิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัยและเก็บข้อมูล

2.1 หลังการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงแล้ว เสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์แก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชียและโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อพิจารณาความเห็นชอบ

2.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงคณบดี คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย เพื่อนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

และขอบเขตการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือหออผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต (PICU)

2.3 ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและรายละเอียดในการเก็บข้อมูลต่อพยาบาลและกุมารแพทย์ โดยการจัดประชุมบุคลากรพยาบาลประจำการเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา โดยจัด 2 รุ่นครบจำนวนพยาบาล 17 คน ชี้แจงและทำความเข้าใจกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท้อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้อ้างแผน เพื่อให้ได้ข้อตกลงในหน่วยงาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพตกลงให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา จึงให้เซ็นต์ชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วม จากนั้นจัดอบรมความรู้ ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ฝึกทักษะสำหรับพยาบาลประจำการที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท้อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้อ้างแผน ให้อย่างถูกต้อง จนครบจำนวน 17 คน ภายใน 1 สัปดาห์หลังได้รับอนุมัติ กิจกรรมการให้ความรู้และการสอนสาธิต ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ 2) การประเมินความเสี่ยงการเกิดท้อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้อ้างแผน (UE) และการจัดการอย่างเหมาะสม 3) การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 4) ปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท้อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้อ้างแผน 5) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในที่

ผู้วิจัยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ในช่วงปฏิบัติงานเวรเช้า คัดผู้ป่วยเด็กที่ตรงตามเกณฑ์ และเข้าพบบิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม แนะนำตัวพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษาและกิจกรรมของผู้ศึกษา ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้บิดามารดา กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามขั้นตอนการศึกษา เมื่อบิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของกลุ่มตัวอย่างตกลงให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา จึงให้เซ็นต์ชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วม

การศึกษา ส่วนในช่วงปฏิบัติงานในเวรวันหยุดราชการและเวรบ่าย เวิร์ด ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการแทน

2.4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง หลังให้กิจกรรมการให้ความรู้ทั้งทางทฤษฎีและการสอนสาธิต โดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้ช่วยวิจัย เข้าไปมีส่วนร่วมด้วยในการปฏิบัติงานตามตารางเวลาของผู้ศึกษาในแต่ละช่วงเวร โดยสังเกตแบบมีส่วนร่วมและบันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในขณะที่พยาบาลประจำการให้การพยาบาล ตามทักษะประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคลในการป้องกันท้อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้อ้างแผน ในประเด็นตามแบบสังเกต มีลักษณะเป็นแบบการตรวจสอบรายการ (check list) ประกอบด้วย การบันทึกที่เกี่ยวกับวันที่ และเวลา สังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยในเวรเช้า ผู้ช่วยวิจัยในวันหยุดราชการและเวรบ่ายหรือเวิร์ด โดยสังเกตกิจกรรม ละ 3 ครั้ง ต่อพยาบาล 1 คน ถ้าปฏิบัติถูกต้องทั้ง 3 ครั้งให้ถือว่าปฏิบัติถูกต้อง ถ้าปฏิบัติถูกต้องเพียง 1 ใน 3 หรือ 2 ใน 3 ถือว่าปฏิบัติไม่ถูกต้อง มีปฏิบัติถูกต้อง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน จำนวน 6 หมวดกิจกรรมได้แก่ 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ 2) การประเมินความเสี่ยงการเกิดท้อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้อ้างแผน (UE) และการจัดการอย่างเหมาะสม 3) การยึดตรึงท้อช่วยหายใจ 4) การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 5) การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มงานกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น 6) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความเป็นไปได้การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท้อช่วยหายใจโดยไม่ได้อ้างแผน ในหอผู้ป่วยเด็กระยะ

วิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่นไปใช้ ความพึงพอใจ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยนำมาวิเคราะห์ และแจกแจงในรูปของความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ แบบบันทึกการสังเกตการณ์ตามแนวปฏิบัติการ พยาบาลป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้ วางแผน วิเคราะห์โดยสถิติที (T-test)

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติให้ทำการ วิจัยในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาล ขอนแก่น จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย เลขที่ CASHE660004

ผลการวิจัย

1. ข้อมูล คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดย ภาพรวม เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุส่วนใหญ่อยู่ ระหว่าง 31-40 ปี อายุเฉลี่ย 32.88 ปี จบการศึกษา ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.12 และผ่านการ อบรมเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลทารกและ เด็กระยะวิกฤต ร้อยละ 52.94 ประสบการณ์การ ทำงานที่หอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ส่วนใหญ่มี ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 41.18 ประสบการณ์การทำงานน้อยที่สุด คือ 1 ปี ซึ่งมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติมาใช้งานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

2. ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ไปใช้ในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาล ขอนแก่น พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้ วางแผน ร้อยละ 88.24 ระบุว่าแนวปฏิบัติการ พยาบาลนี้ง่ายและสามารถนำไปใช้ได้ อย่างไรก็ตามพบบางประเด็นในกิจกรรมในการแสดง ลักษณะและตำแหน่งของต่อช่วยหายใจ การใช้ แบบประเมิน MASS การตั้งสัญญาณเตือน (Alarm setting) เครื่องช่วยหายใจ ระบุว่าปฏิบัติได้ยาก และยากต่อการนำไปใช้ เนื่องจากการประเมิน MASS เป็นเครื่องมือใหม่ยังไม่ได้รับการนิเทศและ ไม่เคยนำมาใช้งาน ยังมีการประเมินที่ยังไม่แม่นยำ

ซึ่งต้องได้รับการนิเทศจากหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือ พยาบาลระดับสูงกว่าเป็นผู้ช่วยนิเทศ อีกทั้งการจัดทำคู่มือในการประเมินให้สะดวกต่อการนำมาใช้ ประกอบการตัดสินใจในการประเมินที่ถูกต้อง

3. เปรียบเทียบการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดย ไม่ได้วางแผน ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาล ในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาล ขอนแก่น

3.1 ด้านการให้ข้อมูล พบว่าหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย (15.40) ซึ่งสูงกว่าก่อนการ ทดลอง (8.80) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทอ ลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$)

3.2 การประเมินความเสี่ยงการเกิดต่อช่วย หายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน แบบประเมิน MAAS เป็นเครื่องมือที่นำเข้ามาใช้ใหม่ พบว่า ก่อน การทดลองไม่มีคะแนน หลังการทดลอง มีค่า คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.88 ($SD = 0.33$) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า หลังการ ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$)

3.3 การประเมินและการจัดการความปวด พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย (0.88) สูงกว่า ก่อนการทดลองเล็กน้อย (0.76) เปรียบเทียบค่า คะแนนเฉลี่ย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} > .05$ (0.332) เนื่องจากการประเมินความปวดที่ใช้เป็นแบบ ประเมินเดิมทั้งก่อนและหลังทดลอง พยาบาลมีการ ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงพบวก่อนและ หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้ วางแผน พบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ย (15.62) ก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ย 9.88 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า หลังการ

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$)

3.5 การสื่อสารในทีมอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า หลังและก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} > .05$ (0.86) เนื่องจากทั้ง 2 ประเด็น เป็นแนวปฏิบัติเดิม ทำให้พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง (15.56) สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง (8.94) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลหอผู้ป่วยเด็กกระยะวิกฤต ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนได้ และภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติ อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ลดลงจาก 9.63 เป็น 2.32 ครั้ง/1000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

4. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผน อยู่ในระดับมากขึ้นไป จำนวน 17 คน (ร้อยละ 100)

สรุปและอภิปรายผล

หลังการทดลองมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยเด็กกระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น สูงกว่าก่อนการทดลองผลการวิเคราะห์ในภาพรวม ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน อยู่ในระดับมากขึ้นไป สอดคล้องกับนงลักษณ์ ณ นคร¹⁷ ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประชากรคือผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู อายุรกรรม 1 ที่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก โดยแบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 80 คน และกลุ่มที่มารับบริการระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 96 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ประกอบด้วย หมวดที่ 1 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มี 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูล 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การดูแลห่มในท่อช่วยหายใจ 4) การยึดตรึงท่อให้มีประสิทธิภาพ 5) การใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 6) การประเมินความปวดและจัดการความปวด 7) การผูกยึดร่างกายที่เหมาะสม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดและค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 7.52 ครั้ง/1000 วันคาท่อช่วยหายใจ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 13 คน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เฉลี่ย 8.77 คะแนน แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ในระดับนโยบายแก่ผู้บริหารของหอผู้ป่วยที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 7-15 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลได้ใช้และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้อย่างต่อเนื่อง

2. ควรให้มีวิสัญญีแพทย์ นักกายภาพบำบัด
ทรวงอก เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น
ได้อย่างครอบคลุมตามความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา
เพื่อจะทำให้แนวปฏิบัติมีการยอมรับและสามารถ
ใช้ได้อย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยงานและหน่วยงาน
อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. กลุ่มการพยาบาลควรให้การสนับสนุน
ด้านทรัพยากรอย่างพอเพียง ได้แก่ การจัดสรร
อัตรากำลังบุคลากร การส่งเข้ารับการอบรมเฉพาะ
ทางหลักสูตรการพยาบาลทารกและเด็กวิกฤตให้
เหมาะสมตามเกณฑ์ สนับสนุนอุปกรณ์ในการ
จัดสรรนวัตกรรมอย่างเพียงพอ เพื่อสะดวกแก่การ

ปฏิบัติอันจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่กำหนดไว้
และมีการติดตามตัวชี้วัดเป็นระยะๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ
น้อยกว่า 7 ปีที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก
ด้วย เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อ
การเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการ
พยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดย
ไม่ได้วางแผน ในกลุ่มเด็กเล็ก อายุต่ำกว่า 7 ปี ที่
ได้รับทั้งการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากและการใส่
ท่อช่วยหายใจผ่านการเจาะคอด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Julia Simonassi, B.S.a and Juan P. Bonora Sanso. (2019) Prevalence of extubation and associated risk factors at a tertiary care pediatric intensive care unit. Arch Argent Pediatric, 117(2):87-93
2. Tanios, Epstein, Livelio, & Teres. (2018) Can we identify patients high risk for unplanned extubation a large-scale multidisciplinary survey. Respiratory care, 55(5):561-8.
3. Silva PS, Reis ME, Aguiar VE, Fonseca MC. (2013). Unplanned extubation in the neonatal ICU: a systematic review, critical appraisal, evidence-base commendations. **Respiratory Care** ;58(7):1237-1245.
4. Nakrit, B., Namwongprom, A., & Phakdiwong, N. (2015). Slippage of the tracheal tube. and the time of inserting the machine Rescue breathing in critically ill patients who are cared for using a guideline Evidence-Based Nursing. Kuakarun Journal, 22(1):129-143.
5. สุเพียร โภคทิพย์ และคณะ. (2562). ความชุกปัจจัยเสี่ยงและการพยาบาลผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเองและท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน : การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 หน้า 53-67.
6. พิไลลักษณ์ คำแป้น และคณะ. (2563) การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 1
7. ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2562). การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาล/ Communicating with Family of Patients in Intensive Care Unit: Nurse's Role วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ปีที่ 12 ฉบับที่ 2. หน้า 90-99.
8. Sirata, C. (2007). The development of a clinical nursing practice guideline to prevent self Extubation in critical patients. The Master degree of Nursing Science Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
9. Devlin JW, Boleski G, Mlynarek M, et al. Motor Activity Assessment Scale: a valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients intensive care unit. Crit Care Med. 1999;27(7):1271-1275
10. ลำลี คิมนาร์ักษ์ และคณะ. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครปฐม.วารสารแพทย์เขต 4-5 ; 38(3):10-25.
11. Carrie L Hicks ,Carl L von Baeyer, et. Al. (2001) The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain. 2001 Aug;93(2):173-183.
12. Monica Johansson ,Eva Kokinsky. (2009) The COMFORT behavioural scale and the modified FLACC scale

- in paediatric intensive care. Nurs Crit Care. 2009 May- Jun;14(3):122-30.
13. จิตติมา เมฆสมุทร และคณะ.(2566). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม : 57-64.
 14. โสภา โพธิมา. (2565). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกุมภวาปี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) หน้า 23-36
 15. พัชรี ตั้งสุขเกษมสันต์. และคณะ.(2561). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทางปากต่ออุบัติการณ์การหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก. เวชบัณฑิตศิริราช นิพนธ์ต้นฉบับ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค.
 16. Julia Simonassi, B.S.a and Juan P. Bonora Sanso, B.S. (2019). Prevalence of extubation and associated risk factors at tertiary care pediatric intensive care unit. Arch Argent Pediatric ;117(2):87-93
 17. นงลักษณ์ ณ นคร.(2563). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ : 61-70.

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร

Development of a health behavior promotion model for elderly people at risk of falls in
Sakon Nakhon Province.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 20,2024 ; Accepted: September 21,2024)

สุภาณี กิตติสารพงษ์¹

Supanee Kittisarapong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสกลนครในช่วงเดือน เมษายน - กันยายน พ.ศ. 2566 ได้รับการคัดเลือกแบบการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 364 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุและแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT) การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุวิเคราะห์และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT) วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลังร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติ Pair sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นทุกด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ย 3.21(SD=.206) การออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ย 3.28 (SD=.295),โภชนาการมีค่าเฉลี่ย 3.16 (SD=2.31) อยู่ในระดับปานกลาง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม ก่อนร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ($\bar{X}$ =4.57, SD=.548) หลังร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =3.25, SD= 1.071) เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ภาวะพลัดตกหกล้ม

Abstract

This Action Research aimed to study the model and results of health behavior promotion in elderly people at risk of falls in Sakon Nakhon Province. The sample group consisted of elderly people aged 60 years and over live in Sakon Nakhon Province, During April - September 2023. Simple Random Sampling A total of 364 people met the specified criteria. The instruments used for data collection consisted of the Desirable Health Behavior Assessment for the Elderly and the Risk Assessment for Falls (Thai-FRAT). Data Analysis; General data were analyzed using the percentage, desirable health behaviors of the elderly, and the risk of falls (Thai-FRAT). The analysis was performed using the mean and standard deviation. The comparison was made before and after the activity using the Pair sample t-test.

The results of the study found that after participating in the activity, the sample group had desirable health behaviors that increased in all aspects, including responsibility for their own health with a mean of 3.21 (SD=.206), exercise with a mean of 3.28 (SD = .295), nutrition with a mean of 3.16 (SD=2.31), which were at a moderate level and statistically significantly different at the .05 level. The risk of falls before participating in the activity had a mean at a high-risk level ($\bar{X}$ = 4.57, SD=.548), and after participating in the activity had a mean at a low level ($\bar{X}$ = 3.25, SD=1.071). Comparing before and after participating in the activity, there were statistically significant differences at the .05 level.

Key Words: Health behavior promotion, elderly, falls

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) พบว่าทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 600 ล้านคน คิดเป็น 1 ในทุก 10 คน ของประชากรโลก โดยพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 53 ของผู้สูงอายุอยู่ในทวีปเอเชีย รองลงมาคือ ร้อยละ 25 อยู่ในทวีปยุโรป ซึ่งเป็นทวีปที่มีประชากรมากเป็นอันดับที่ 1 และ 2 ของโลกตามลำดับ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 2 พันล้านคน คิดเป็น 1 ในทุก 5 คน ของประชากรโลก สำหรับประชากรผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2573 ว่า สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 4 ของประชากรไทย¹ ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หรือมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่า ปี พ.ศ. 2583 สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.2 โดยประชากรผู้สูงอายุ ปีพ.ศ. 2565 นั้นมีมากถึง 9,569,451 คิดเป็นร้อยละ 21.17 ของประชากรทั้งหมด เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้สูงอายุจำนวน 815,750 คน คิดเป็นร้อยละ 18.72 จังหวัดสกลนคร มีประชากรสูงอายุจำนวน 164,108 คน คิดเป็นร้อยละ 17.83 ของประชากรทั้งหมด²

จากการศึกษาภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่สำคัญ เนื่องจากภาวะหกล้มในวัยนี้อาจถือว่าเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ แต่ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุไม่ถือว่าเป็นเรื่องปกติ แต่ถือว่าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) เนื่องจากพบได้บ่อยและมักเป็นสัญญาณเตือนถึงอาการผิดปกติ โดยความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มในชุมชน ร้อยละ 20 ความชุกในผู้หญิง ร้อยละ 24.1 ผู้ชาย ร้อยละ 12.1 ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 3 เกิดภาวะหกล้ม โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่หกล้มจะเกิดภาวะหกล้มซ้ำซ้อน และพบว่าผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วมีกระดูกสะโพกหักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณครึ่ง 1 ใน 4 จะเสียชีวิตในเวลา 1 ปี ต่อมา³

กระบวนการสร้างเสริมสนับสนุนด้านสุขภาพ โดยให้บุคคลมีการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ 1) โภชนาการที่เหมาะสม 2) การออกกำลังกายที่ช่วยป้องกันโรค 3) การนอนหลับที่เพียงพอ 4) การตรวจร่างกายประจำปี การได้รับวัคซีนและการหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น 5) การป้องกันอุบัติเหตุสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และการป้องกันการหกล้ม 6) การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และ 7) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุทุกคนปรารถนาการมีสุขภาพดี ผู้ที่มีสุขภาพกายและใจที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้สูงอายุทั้งหมด 164,108 คน คิดเป็นร้อยละ 17.83 ของประชากรทั้งหมด² ได้รับการคัดกรองตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม 97% กลุ่มติดบ้าน 2.6% และกลุ่มติดเตียง 0.26% ทั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และติดบ้านที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 75,070 คน คิดเป็นร้อยละ 96.56 จากการคัดกรองกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) พบเสี่ยงพลัดตกหกล้มมากที่สุด จำนวน 1,946 คน คิดเป็นร้อยละ 3.14 และเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 1,077 คน คิดเป็นร้อยละ 1.93 จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้มีการทบทวนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับจังหวัด พบว่ายังไม่มีรูปแบบในการดำเนินงานที่ชัดเจน ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร ให้ได้รับการ

ดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ และมี
ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรม
สุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตก
หกล้ม จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมพฤติกรรม
สุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตก
หกล้ม จังหวัดสกลนคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action Research) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริม
พฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ
60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ 18 อำเภอ จังหวัด
สกลนคร ในช่วงเดือนเมษายน - กันยายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60
ปีขึ้นไป ได้รับคัดกรองกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ
(Geriatric Syndrome) 10 เรื่อง อาศัยอยู่ในพื้นที่
จังหวัดสกลนคร ในช่วงเดือน เมษายน - กันยายน
พ.ศ. 2566 ได้รับการคัดเลือกแบบการสุ่มอย่างง่าย
(Simple Random Sampling) จำนวน 364 คน และ
มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม
โครงการ (Inclusion criteria)** 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT) มีคะแนน รวม
ตั้งแต่ 4 -11 คะแนน 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
ดี อ่านออกเขียนได้ 4) สามารถเดินและช่วยเหลือ
ตนเองได้ทั้งหมด 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วม
โครงการจนสิ้นสุด

**เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion
Criteria)** 1) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ใน
ภาวะวิกฤตขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ผู้สูงอายุที่

ไม่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการวิจัยครบทุกขั้นตอน
3) ย้ายออกนอกพื้นที่ในช่วงที่ทำการการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน
ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบ
การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะพลัดตกหกล้ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ
ทบทวนข้อมูลทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
นำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย
เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
และโรคประจำตัว โดยใช้ข้อคำถามแบบมีตัวเลือก
(Check list) และระบุคำตอบที่ต้องการ

2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ 3
ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง, ด้านการ
ออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ

การแปลผลพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 5
ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ผู้สูงอายุมี
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ผู้สูงอายุมี
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ผู้สูงอายุมี
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ผู้สูงอายุมี
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมี
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากที่สุด

3) แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ
พลัดตกหกล้ม Thai Falls Risk Assessment test
(Thai-FRAT) จำนวน 6 ข้อ

ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า 4 คะแนน
หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำต่อการพลัดตกหกล้ม

ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวม 4-11 คะแนน
หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัย
ทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คือ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.78 และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สถานภาพของตนเอง (self-perception) ดำเนินงานโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Act) 3) การสังเกตผลจากการปฏิบัติ (Observe) แล้วจึงสะท้อนผลที่ได้ (Reflect) เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

1) รวบรวมข้อมูลผลการคัดกรองกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ และแบ่งกลุ่มตามระดับความเสี่ยงในผู้สูงอายุที่พบ

2) นำข้อมูลภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม มาวิเคราะห์เพื่อออกแบบในการพัฒนาต่อไป

3) ร่างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร

4) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอและตำบล และชี้แจงรูปแบบการดำเนินการ

5) ประชาสัมพันธ์ระยะเวลาการดำเนินการตามโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (act)

กิจกรรมที่ 1 การรับรู้ความเสี่ยงที่ตนเองจะพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการทำตามคำแนะนำ

- โฆษณาที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ
- การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
- สิ่งแวดล้อมปลอดภัย ป้องกันภัยจากการพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคที่จะต้องพบ

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการณ์ (observe)

รวบรวมข้อมูลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร ในแต่ละขั้นตอนพร้อมนำมาวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนกลับ (reflect)

จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด เพื่อสรุปผลการดำเนินการและระบุปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน หาวิธีการ/แนวทางในการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาใช้ค่าจำนวน ร้อยละ พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ 3 ด้าน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Paired sample t-test ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT) วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติ Paired sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รหัสโครงการ SKN RCE 2023-004 ลงวันที่ 23 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 364 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 288 คน ร้อยละ 79.1 เพศชาย จำนวน 76 คน ร้อยละ 20.9 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 266 คน ร้อยละ 73.4 สถานภาพ คู่

มากที่สุดร้อยละ จำนวน 299 คน 82.14 ระดับการศึกษา ประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 330 คน ร้อยละ 90.7 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด จำนวน 268 คน ร้อยละ 73.62 รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน มากที่สุด จำนวน 198 คน ร้อยละ 54.4 โรคประจำตัว: ไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด จำนวน 258 คน ร้อยละ 70.9

2. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดสกลนคร เป็นดังนี้

ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ตนเอง ($\bar{X}$ =2.71, SD=.259), ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =2.64, SD=.296), ด้านโภชนาการ ($\bar{X}$ =2.73, SD=.220) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นทุกด้าน ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ($\bar{X}$ =3.21, SD=.206) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =3.28, SD=.295) และด้านโภชนาการ ($\bar{X}$ =3.16, SD=.231) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม แบ่งเป็นรายด้าน (n=364)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ก่อนร่วมกิจกรรม			หลังร่วมกิจกรรม		
	$\bar{X}$	SD	การแปลผล	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง	2.71	.259	ปานกลาง	3.21	.206	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	2.64	.296	ปานกลาง	3.28	.295	ปานกลาง
โภชนาการ	2.73	.220	ปานกลาง	3.16	.231	ปานกลาง

เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง, ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม (n=364)

ตัวแปร	Paired Differences					
	Mean	Std.	95% CI		t	p-value
			Lower	Upper		
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง	-.501	.327	-.535	-.467	29.23	.000
การออกกำลังกาย	-.634	.422	-.678	-.591	28.67	.000
โภชนาการ	-.421	.314	-.453	-.389	25.57	.000

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร พบว่า ก่อนร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ($\bar{X}$ =4.57, SD=.548) หลังร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการ

เกิดภาวะพลัดตกหกล้มมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =3.25, SD= 1.071) เปรียบเทียบภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร (n=364)

ตัวแปร	Paired Differences					p-value
	Mean	Std.	95% CI		t	
			Lower	Upper		
ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม	1.32	.955	1.222	1.419	26.386	.000*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะรัตน์ สวนกุลและหัตยาพร อิศัย⁴ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนความเสี่ยงจากการประเมินการพลัดตกหกล้มด้วย Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) อยู่ในช่วง 4-11 คะแนน และ/หรือ Time Up and Go Test (TUGT) มากกว่า 15 วินาที จำนวน 58 คน อาสาสมัครทั้งหมดได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการทรงตัว โดยอาสาสมัครได้รับการติดตามผ่านการเยี่ยมบ้าน กลุ่ม Line application และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพี่เลี้ยง (buddy)

2. ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นทุกด้าน ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ($\bar{X}$ =3.21, SD=.206) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =3.28, SD=.295) และด้านโภชนาการ ($\bar{X}$ =3.16, SD=2.31) มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับคันสนีย์ วงศ์ชนะ⁵ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกายและด้านการแสวงหาการรักษาอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 ± 0.36 และ 2.40 ± 0.22 ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ใน

ระดับปานกลางคือ ด้านการใช้ยา ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการผ่อนคลายความเครียด และสอดคล้องกับมินตรา สารรักษ์และคณะ⁶ ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.5 ระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมสุขภาพระดับดีที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 94.0 ด้านโภชนาการ ร้อยละ 92.0 และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ร้อยละ 91.5

3. การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม

พบว่าการก่อนร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ($\bar{X}$ =4.57, SD=.548) หลังร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =3.25, SD= 1.071) เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับโสภิตตา แสนวและคณะ⁷ ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร: 1) สามารถนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จังหวัดสกลนคร ไปใช้ให้เกิดประโยชน์โดยกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป 2) ควรสนับสนุน ส่งเสริมให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในการนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินการปฏิบัติและผลลัพธ์ของการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ด้านบริการ: 1) ควรมีการนำรูปแบบของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อ

การเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม ขยายไปยังหน่วยบริการทุกระดับในเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลผู้สูงอายุของจังหวัดสกลนครต่อไป 2) ควรมีการศึกษาต่อยอดงานวิจัยโดยการเปรียบเทียบกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลรูปแบบของการวิจัยที่พัฒนาขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ที่ช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งใจไว้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2566, เข้าถึงได้จาก <https://thaitgri.org/?p=36746>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. ข้อมูลสถิติประชากรจังหวัดสกลนครจาก Health Data Center. ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://skko.moph.go.th>.
3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2558). แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทอิส ออแกนิส จำกัด
4. ปิยะรัตน์ สอนกุล และหทัยพร อธิยศ. (2566). ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *Journal of the Phrae Hospital*, 30(1); 27-42.
5. ศันสนีย์ วงศ์ชนะ. (2565). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสุขศึกษา*, 45 (1), 181-191.
6. มินตรา สารรักษ์, ฐิติรัช งามมั่ง และนันทยา กระสวยทอง.(2563). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(3); 304-310.
7. โสภิตตา แสนาวา, นิภา มหารัษฎพงศ์, เอมอัชมา วัฒนบุรณานนท์ และวัลลภ ใจดี. (2565). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15 (2); 214-227.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

Factors Associated with Self-management Behaviors among Patients with Chronic Kidney Disease Stage 1-3 in Sa Khwan Sub-District, Muang District, Sa Kaeo Province

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

นพพล ศรีทองใบ¹Nopphol Srithongbai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการจัดการตนเอง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 จำนวน 155 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ($\bar{X}$ = 2.84) 2) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว สระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง (มีการปฏิบัติปานกลาง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ($\bar{X}$ = 3.04) 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง (r = .61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, การส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This study was survey research aimed to investigate health responsibility, interpersonal relations, physical activity, nutrition, spiritual growth and self-management behavior and to study factors associated with Self-management behaviors among patients with chronic kidney disease Stage 1-3 in Sa Khwan sub-District, Muang District, Sa Kaeo province. The sample consisted of 155 subjects comprised the chronic kidney disease stage 1-3 patients from a random cluster sampling method. Data were collected by health promotion questionnaire and self-management behaviors questionnaires. The data analyzed with frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results are as follows: 1) Health responsibility, interpersonal relations, physical activity, nutrition, spiritual growth and stress management among patients with chronic kidney disease stage 1-3 in Sa Khwan sub-District, Muang district, Sa Kaeo province, overall was practice sometimes in rankings the mean of 2.84 (1-2 times per week). 2) Self-management behavior among patients with chronic kidney disease stage 1-3 in Sa Khwan sub-District, Muang district, Sa Kaeo province, overall was practice sometimes in rankings the mean of 3.04 (1-2 times per week).

3) Health responsibility, interpersonal relations, physical activity, nutrition, spiritual growth and stress management, overall was significantly positive related to self-management behavior at high level (r = .61, p < .05).

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งสี่แยก ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

Keyword : Chronic Kidney Disease, Self-management Behaviors, Health Promotion

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงมาจากการเพิ่มความชุกโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม เช่น การใช้ยา NSAIDs การได้รับสารเคมีโลหะหนักหรือมีพฤติกรรมรับประทานอาหาร คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายที่ต้องการบำบัดทดแทนไตร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องการการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยปีละ 20,000 ราย¹ และจากรายงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณพ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ทั้งหมด 1,010,195 ราย ซึ่งเป็นภาระในการจัดบริการสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก² กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) โดยสาขาไตเป็นสาขาที่สำคัญ มีเป้าหมายในการลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ชะลอไตเสื่อม จัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสม เพื่อวางแผนการรักษาและให้ได้รับยาที่เหมาะสมตามพยาธิสภาพของโรคร่วมกับให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไปทุกแห่งจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อม เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย³

โรคไตเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและทางใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้และสิ้นหวังในชีวิตรวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติงานเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดหนึ่งของการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาโรคไม่ได้มุ่งเน้นเพียงให้

ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังต้องพิจารณาถึงการมีชีวิตที่ยืนยาว การทนทุกข์ทรมานกับอาการของโรค และผลข้างเคียงของการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้นการได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญยิ่ง ที่ช่วยชะลอการเสื่อมของไตคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยยืดระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด เนื่องจากพบว่าการระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเริ่มลดลงเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะที่ (Moderate CKD) และจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นเมื่อการดำเนินโรคมีความรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและจัดการตนเอง ด้วยการสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคไต เน้นการจัดการความเสี่ยงของการเกิดโรคไตในชุมชน เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ป่วยเป็นโรคไต และให้ผู้ป่วยได้รับการที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มิ่พฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นถึงปานกลางเป็นระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการผิดปกติที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญและไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติที่เหมาะสม ทั้งนี้จากผลการวิจัยที่ผ่านมาได้มีการกล่าวถึงแนวทางการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเสนอแนะไว้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสมจะทำให้มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและช่วยลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว⁴ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองด้วยแนวทางการส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับการสนใจในการนำมาเป็นแนวทางช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เหมาะสมได้

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการตั้งเป้าหมายแล้วจึงลงมือปฏิบัติร่วมกับเฝ้าระวังผลการปฏิบัติ จนนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมที่จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ แล้วลงมือปฏิบัติพฤติกรรมร่วมกับเฝ้าระวัง (สังเกตและบันทึก) ผลที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและการตัดสินใจจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย จะเห็นได้ว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง และจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง หากทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองจะเกิดประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและทำให้พฤติกรรมดังกล่าวคงอยู่หรือเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้^{5,6} โดยทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)⁷ เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ผล เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง และจะต้องผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตแบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) 3) ด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) 4) ด้านโภชนาการ (Nutrition) 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) และ 6) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) กล่าวได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ นั้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้วได้

สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ในปีงบประมาณ 2567 ของอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว มีจำนวนผู้ป่วย 1,326 ราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจำนวน 1,786 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งจะเห็นได้ว่าภายใน

ระยะเวลาเพียง 1 ปี มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ลดลงถึง 34.69% เป็นผลมาจากการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเน้นอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม 2ส.(ลด/ เลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและปรับวิถีดูแลตนเองให้เหมาะสมตามวิถีชีวิตโดยการเน้นกระบวนการสร้างพลังอำนาจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การปรับอารมณ์ ปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม ตลอดจนสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มได้ จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ลดปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อนและชะลอการเสื่อมของไตอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐานในการวิจัย

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การ

พัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 จำนวน 107 คน ระยะที่ 2 จำนวน 118 คน และระยะที่ 3 a/b จำนวน 29 คน อายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มีโรคร่วมแต่ต้องไม่ใช่วะยะที่มีการกำเริบของโรคและต้องไม่ใช่โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว รวมจำนวนทั้งสิ้น 254 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการสุ่มจากประชากรโดยใช้สูตรของ Yamane⁵ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 155 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยใช้ระยะของโรคไตเรื้อรังเป็นเกณฑ์ ซึ่งวิธีการสุ่มนี้มีความเชื่อว่าแต่ละกลุ่มเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร จึงมีการเลือกตัวอย่างในสัดส่วนที่เท่า ๆ กันในแต่ละกลุ่มบริเวณ เพื่อให้เกิดการกระจายของตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว โดยจำแนกตามขอบเขตการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ด้านการออกกำลังกาย

กาย 4) ด้านโภชนาการ 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด

โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 เป็นค่าที่สูงกว่าเกณฑ์ 0.60 แสดงว่า ข้อคำถามนั้น ๆ มีความสอดคล้องกับทฤษฎี และเนื้อหาที่กำหนดไว้ และมีค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยใช้ค่าความสัมพันธ์ใช้ค่าสหสัมพันธ์ (rxy) ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม พบว่า ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพ ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .22 ถึง .87 และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .23 ถึง .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการดำเนินการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่

2.2 ผู้วิจัยประสานกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถาม

และขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง

2.3 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา

2.4 ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว โดยใช้สถิติพื้นฐานค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) สถิติที่ใช้ คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รหัสโครงการวิจัย 7/2567 วันที่รับรอง 29 เมษายน 2567 วันที่หมดอายุ 28 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.71 มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 69.68 รองลงมา คือ มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 25.81 และน้อยที่สุด คือ มีอายุ 30 – 39 ปี ร้อยละ .64 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด ร้อยละ 69.03 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ร้อยละ 27.74 และน้อยที่สุด คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ ปกศ.ต้น หรือเทียบเท่า ร้อยละ 3.23 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 34.84 รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.32 และน้อยที่สุด คือ ประกอบอาชีพลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท ร้อยละ 1.29

โดยข้อมูลภาวะโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่างปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากที่สุด ร้อยละ 94.19 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.52 และน้อยที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 1.29 โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระหว่าง 1 – 3 ปี และ 4 – 6 ปี มากที่สุด ร้อยละ 25.81 รองลงมา คือ ระหว่าง 7 – 9 ปี ร้อยละ 21.93 และน้อยที่สุด คือ น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 12.90 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลหลักที่ใช้ในการรักษาโรคไตเรื้อรัง คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ยื่นบัตรประจำตัวประชาชนไม่ต้องจ่ายเงิน) ร้อยละ 100.00 และมีสถานภาพสมรส/ คู่ มากที่สุด ร้อยละ 68.39 ซึ่งพักอาศัยอยู่กับญาติ (พี่ น้อง บุตร หลาน) ร้อยละ 49.68

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย 6 ด้าน โดยมีผลการการศึกษาในภาพรวมและในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และอันดับของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอมือง จังหวัด
สระแก้วโดยรวมและรายด้าน (n=155)

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง		ระดับ	อันดับ
	$\bar{x}$	SD		
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)	3.77	.67	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง	1
2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations)	3.65	.80	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง	2
3. ด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity)	2.84	.84	มีการปฏิบัติบางครั้ง	6
4. ด้านโภชนาการ (Nutrition)	3.53	.74	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง	4
5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)	3.60	.78	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง	3
6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management)	3.52	.71	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง	5
เฉลี่ย	3.48	.59	มีการปฏิบัติบางครั้ง	

จากตารางที่ 1 ปรากฏว่า ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอมือง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง (มีการปฏิบัติปานกลาง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ($\bar{x} = 3.48$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านสามารถเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ($\bar{x} = 3.77$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ($\bar{x} = 3.65$) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) ($\bar{x} = 3.60$) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ($\bar{x} = 3.53$) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ($\bar{x} = 3.52$) มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง (มีการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) และด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) ($\bar{x} = 2.84$) มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง (มีการปฏิบัติปานกลาง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอมือง จังหวัดสระแก้ว ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบล สระขวัญ อำเภอมือง จังหวัด

สระแก้ว โดยมีผลการการศึกษาในภาพรวม ปรากฏว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอมือง จังหวัดสระแก้ว ด้านพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง (มีการปฏิบัติปานกลาง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) มากที่สุด จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 70.97 รองลงมา คือ มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (มีการปฏิบัติร้อยละ หรือ 1-3 ครั้งต่อ เดือน) จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 13.55 ตามลำดับ และน้อยที่สุด คือ มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบ่อยครั้ง (มีการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.48

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอมือง จังหวัดสระแก้ว จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 ด้าน กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอมือง จังหวัดสระแก้ว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

ตัวแปร	<i>r</i>	<i>p</i>
ปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ(Health Responsibility) (X_1)	.36*	.00
ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(Interpersonal Relations) (X_2)	.39*	.00
ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย(Physical Activity) (X_3)	.53*	.00
ปัจจัยด้านโภชนาการ(Nutrition) (X_4)	.61*	.00
ปัจจัยด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ(Spiritual Growth) (X_5)	.48*	.00
ปัจจัยด้านการจัดการกับความเครียด(Stress Management) (X_6)	.48*	.00
ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 (X)	.61*	.00

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 ปรากฏว่า ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง ($r = .61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านสามารถเรียงลำดับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว จากค่าความสัมพันธ์มากไปน้อย ได้แก่ ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายด้าน ปรากฏว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านโภชนาการ (Nutrition) มีความสัมพันธ์กันทางบวก

อยู่ในระดับสูง ($r = .61$) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .53$) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .48$) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .48$) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับต่ำ

($r = .39$) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r = .36$) กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยมีประเด็นที่สำคัญที่นำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้วที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและมีสถานภาพสมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว จึงให้ความสนใจและรับผิดชอบต่อครอบครัวมากกว่าการสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง ความสนใจในการแสวงหาความรู้มีน้อย การขาดความรู้ทำให้เกิดปัญหาในการจัดยาและปัญหาในการจัดหาอาหารในการบริโภคที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และมีแนวโน้มว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นความสนใจในตนเองยิ่งลดลง จึงส่งผลให้ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Natasha, Yen, Chen and Fetzer⁹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตวิทยาของผู้ป่วยโรคไตในประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เพราะลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมของชาวเอเชียที่มีบุคลิกไม่ค่อยแสดงออกและมีระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากนัก ทำให้ขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพจากสื่อ ต่าง ๆ จึงมีแนวโน้มในการมีส่วนร่วมการรักษาต่ำ รวมถึงผู้ป่วยเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่บางส่วนต้องออกจากงานเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังภาวะเศรษฐกิจครอบครัวที่ไม่ดีส่งผลต่อทางเลือกอาหารที่บริโภคได้น้อยและมีแนวโน้มในการเลือกอาหารราคาถูกที่มีเกลือสูง จากข้อจำกัดเหล่านี้จึงทำให้ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา เชาวไวย และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเข้าใจเรื่องการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มผงชูรส ของหมักดอง แต่ยังมีเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกคนต้องล้างไต ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังไม่เข้าใจเรื่องระยะของโรคไตเรื้อรัง และไม่ทราบอาการอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง รวมถึงเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่จำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตสูง ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน มีส่วนน้อยที่หาข้อมูลทางโทรศัพท์ หนังสือพิมพ์และอินเทอร์เน็ต จึงทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการที่บุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไตเรื้อรังย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เมื่อมีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมจะส่งผลให้มีสุขภาพดี เมื่อมีสุขภาพดีย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

2) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว รายชื่อมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติบางครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่

1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้วที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมอยู่ด้วย ซึ่งความเสื่อมถอยของร่างกายจากอายุที่มากขึ้น ร่วมกับโรคร่วมจึงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและได้รับแจ้งจากแพทย์จึงเกิดการรับรู้การเจ็บป่วย ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังโดยทีมแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เป็นระยะที่ยังไม่พบอาการและแสดงอาการที่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพดี จึงส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว อยู่ในระดับการปฏิบัติบางครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย รักติวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอความเสื่อมของไตด้านกิจกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การไปตรวจตามกำหนดเวลานัดของโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการไปตามนัดของโรงพยาบาลและรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพราะพยาบาลจะเน้นย้ำการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามค่าอัตราการกรองของไตว่าดีขึ้นหรือแย่ลง สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงจะต้องมาตรวจดูค่าน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิตว่าอยู่ระดับที่ปกติหรือไม่ ในทุกครั้งที่มีการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่า Creatinine, FBS, HbA1c แพทย์จะมีการบอกผลเลือดทุกครั้งว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือว่ามีค่าที่ผิดปกติสูง/ต่ำเกินไป ด้านการรับประทานยาเภสัชกรจะมีการกำชับเรื่องการรับประทานยา เพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากยามากกว่าคนที่การทำงานของ

ไตปกติ เนื่องจากยาจะอยู่ในร่างกายได้นาน และขับออกทางไตลดลง และสอดคล้องกับงานวิจัยของลักขณา ขอบเสียง⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองและสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข จึงเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต ควบคุมอาหาร ควบคุมความดันโลหิต และควบคุมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำงานของไตให้ยาวนานที่สุด ป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อันจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญและเป็นกลไกกลางในการเชื่อมโยงในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการจัดการของครอบครัว เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และตอบสนองความยั่งยืนด้านนโยบายสุขภาพและยกระดับวิธีการการจัดการตนเองและครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) ปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้วที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีความรู้ในการจัดการตนเองมาก่อนทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในความสำคัญของการเรียนรู้การจัดการตนเอง เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงส่งผลให้มีการปรับพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ เพื่อลดอาการและ

ภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และ นพวรรณ พินิจจรเดช¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับงานวิจัยของนาตยา ผลวิเศษ¹³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มีระดับของความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยคู่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง คือ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในด้านของการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในด้านของการรับประทานอาหาร ($r = .895$, $\text{sig} = .000$) โดยส่วนใหญ่พฤติกรรม การรับประทาน อาหารของคนในชนบทจะทำอาหารเองและบริโภค ผักที่ทำการปลูกเอง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพโดยให้ข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปวย มีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตอย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ควรตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เพราะจากการศึกษา

ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยการนำปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ให้ดียิ่งขึ้น

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ควรส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างง่ายให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เนื่องจากปัจจัยด้านการออกกำลังกายจะมีระดับคะแนนที่ต่ำกว่าปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ รวมไปถึงการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียดให้เป็นเรื่องง่ายและสามารถทำได้ทุกเวลา เช่น การยืดเหยียด การนวดด้วยตนเอง การใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ภายในบ้านเป็นอุปกรณ์การออกกำลังกาย

3. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการจัดกิจกรรมสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเอง เช่น โภชนาการ เพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น และเปิดโอกาสให้ผู้ปวยและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเอง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่ามีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองได้

4. ผู้บริหารสาธารณสุขในทุกระดับของตำบลสระขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว สามารถนำผลการวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอการ

เสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรสร้างและพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว เพื่อได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิผลกับผู้ป่วยในทุกระยะ

2) ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ 1-3 ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยครั้งนี้ และนำผลมาพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ต่อไป

3) ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังในระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). โรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage (Work Load) ปีงบประมาณ 2567. วันที่ค้นข้อมูล 3 มีนาคม 2567, เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=e69c7fae93eda222aa210d5db512290
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). Serviceplan สาขาไตกระทรวงสาธารณสุข. วันที่ค้นข้อมูล 3 มีนาคม 2567 จาก thaihp.org/download.php?option=showfile&file=474
- ลักขณา ขอบเสียง. (2567). การจัดการตนเองและสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วันที่ค้นข้อมูล 2 มีนาคม 2567, เข้าถึงได้จาก <http://web.bcnpy.ac.th/journal/images/file/pdf/year16no3/1.pdf>
- ดรรชนี อุ่มบางตลาด, และศตกมล ประสงค์วัฒนา. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มต่อความรู้พฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใน pcu อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา, 18(1), 11-23.
- วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี. (2560). โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระบาดวิทยาการป้องกันและการสนับสนุนการจัดการตนเอง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลลิสติกส์.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed.). London: Pearson.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*.
- Natashia, D., Yen, M., Chen, H. M., & Fetzer, S. J. (2019). Self-Management Behaviors in Relation to Psychological Factors and Interdialytic Weight Gain Among Patients Undergoing Hemodialysis in Indonesia. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 51(4), 417-426.
- สุพัตรา เชาวไวย และคณะ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38(1), 11-20.
- ศิริวรรณ พายัพพัตร, น้ำอ้อย รักดิวงค์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท, 3(2), 22-36.
- ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และนพวรรณ พินิจจรเดช. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง. ราชบัณฑิตยสาร, 27(1), 81-95.
- นิตยา ผลวิเศษ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต. วันที่ค้นข้อมูล 2 มีนาคม 2567, เข้าถึงได้จาก <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/4569>

เสียงจากชุมชน: การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไตเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี Voices from the Community: A Qualitative Study on Participation in Chronic Kidney Disease Management in Ubon Ratchathani Province.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

บรรเทิง พลสวัสดิ์¹ ฐิติมา โกศลวิตร^{1*} ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์¹ เมธาพร อัครศักดิ์ศรี¹

พัชรใจการณ² อรณิตย์ จันทะเสน²

Bunternng Pholsawat¹ Thitima Kosalavit^{1*} Prangthip Thasanoh Elter¹ Methaporn Akarasaksri¹

Patcharee Jaigarun² Oranit Jantasen²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย 3) ศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลและชะลอไตเสื่อม เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 4 คน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ญาติผู้ดูแลหลัก ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 13 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม โดยแนวทางการสนทนากลุ่มผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 2) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3) การสื่อสารและประสานงานในการดูแลผู้ป่วย 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 5) ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง การชะลอไตเสื่อม การมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลสุขภาพปทุมภูมิ

ABSTRACT

This survey research aimed to: 1) study the situation and context of chronic kidney disease patient care, 2) analyze problems, obstacles, and needs in patient care, 3) study approaches for community network participation in care and slowing kidney deterioration. Data was collected through focus group discussions with 4 health service providers, including a doctor, pharmacist, professional nurse, and public health officer, and 13 community network members, including stage 3 chronic kidney disease patients, primary caregivers, community leaders, local government officials, and health volunteers, who were selected through purposive sampling. Data collection was conducted through focus group discussions, with the focus group guidelines validated for content by 3 experts, yielding a content validity index of 1.00. Data was analyzed using content analysis.

The research findings revealed 5 main themes: 1) perception and understanding of chronic kidney disease, 2) chronic kidney disease patient care system, 3) communication and coordination in patient care, 4) access to health services, and 5) economic and social impacts.

Keywords: Chronic kidney disease, Slowing kidney deterioration, Community participation, Primary health care

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

Lecturer Faculty of Nursing, Ratchathani University, Ubon Ratchathani Province

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: dr.thitima@rtu.ac.th Corresponding author email: dr.thitima@rtu.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease [CKD]) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความชุกของโรคไตเรื้อรังกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยคาดการณ์ว่า CKD จะกลายเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 5 ภายในปี 2583¹ ปัจจุบันความชุกมาตรฐานของ CKD (มีอัตราการกรองของไตโดยประมาณ [Estimated Glomerular Filtration Rate : eGFR] < 60 mL/min/1.73 m²) อยู่ที่ประมาณร้อยละ 10-15 ทั่วโลก² ในประเทศไทย พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร แบ่งเป็นระยะที่ 1-2 ร้อยละ 8.9 ระยะที่ 3-4 ร้อยละ 8.6 และเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10,000 คน³ ผลกระทบของ CKD มีหลายด้าน โดยเฉพาะการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาของ Go et al.⁴ พบว่าความเสี่ยงของการเสียชีวิตและเหตุการณ์ทางหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มี eGFR ต่ำ นอกจากนี้ MacRae et al.⁵ ยังพบว่าร้อยละ 98.2 ของผู้ใหญ่ที่เป็น CKD มีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การชะลอไตเสื่อมเป็นแนวทางในการจัดการโรคไตเรื้อรัง ที่สามารถลดอัตราการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ลดความจำเป็นในการบำบัดทดแทนไต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Kelly et al.⁶ พบว่าปัจจัยด้านวิถีชีวิตที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การเพิ่มการบริโภคผักและโพแทสเซียม การเพิ่มระดับการออกกำลังกาย และการลดการบริโภคโซเดียม สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของ Borg et al.⁷ ยังชี้ให้เห็นว่าโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมาก รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อมและโปรแกรมชะลอไตเสื่อมได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่น่าสนใจ เช่น อัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ⁸ ได้พัฒนารูปแบบการชะลอการล้างไตที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่าสามารถช่วยให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นและชะลอการล้างไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่บุญญิน เชื้อนเพชร และคณะ⁹ ได้พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคโซเดียมลดลง ระดับซีรั่มครีเอตินินลดลง และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนบุญสม คุ่มกลาง และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การวิจัยในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังมีความจำเป็น เนื่องจากเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับชุมชนและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3¹¹ และการศึกษาของ de Jong et al.¹² ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย CKD ซึ่งเป็นสิ่งที่ รพ.สต. สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้

การศึกษาศาสนาการณ์และบริบทเฉพาะของพื้นที่จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ในกรณีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห่ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ 737 คน โดยมีผู้ป่วยไตเรื้อรังทุกระยะ 143 ราย แบ่งเป็นระยะที่ 2 ร้อยละ 11.05 และระยะที่ 3a และ 3b ร้อยละ 6.89¹³ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการควบคุมโรคไม่ดี การขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และการเข้าถึงบริการที่จำกัดโดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงขึ้นหลายราย ดังนั้น การวิจัยเชิงคุณภาพจึงมีความสำคัญ

ในการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และหาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานมากยิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่อแห่ง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของผู้ให้บริการผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่
3. เพื่อศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่อแห่ง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและได้ตีพิมพ์ผลงานวิจัยในภาพรวมแล้ว¹⁴ ในบทความนี้ผู้แต่งได้เสนอผลการวิจัยในระยะเวลาที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษาสภาพปัญหาและหาแนวทางแก้ไขโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ระยะเวลาในการศึกษา คือ เดือนกันยายน 2565 - มีนาคม 2566

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วยสองกลุ่มหลัก

1. กลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพใน รพ.สต. ดงห่อแห่ง ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 4 คน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ เป็น

บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ดงห่อแห่ง หรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่น้อยกว่า 2 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ดี

2. เครือข่ายชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ดงห่อแห่ง ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ญาติ ผู้ดูแลหลัก ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ อสม. ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ ในกลุ่มนี้คือ มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ดงห่อแห่ง

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

สำหรับทุกกลุ่ม คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด และมีข้อจำกัดทางด้านการสื่อสารที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูล

จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 17 คนนี้ เพียงพอที่จะทำให้เกิดความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) ตามหลักการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหลักในการวิจัยคือแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมในชุมชน โดยมีกระบวนการพัฒนาแนวคำถาม 5 ขั้นตอน ได้แก่ ทบทวนวรรณกรรม กำหนดประเด็นหลัก ร่างแนวคำถาม ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงแนวคำถามโดยแนวคำถามที่พัฒนาแล้วประกอบด้วยคำถามหลัก 4 ประเด็น คือ 1) สถานการณ์ปัจจุบัน โดยถามว่า "แนวทางการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชนของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร" 2) ปัญหาและอุปสรรค โดยถามว่า "ท่านพบปัญหาหรือ

อุปสรรคอะไรบ้างในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมในชุมชน" 3) แนวทางการแก้ไข โดยถามว่า "ท่านคิดว่ามีแนวทางใดบ้างที่สามารถนำมาใช้แก้ไขปัญหาที่พบ" และ 4) แนวทางในอนาคต โดยถามว่า "ในอนาคต ท่านคิดว่าแนวทางการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชนควรเป็นอย่างไร" และผู้วิจัยยังใช้แบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes) เพื่อบันทึกข้อมูลเชิงสังเกตระหว่างการสนทนากลุ่ม รวมถึงอุปกรณ์บันทึกเสียงเพื่อบันทึกการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้วย 3 วิธี คือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา การทดลองใช้เครื่องมือ และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ โดยในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแนวคำถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ครอบคลุมของประเด็น และความเหมาะสมของภาษา ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1.00 ซึ่งถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสมบูรณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือ โดยการนำไปสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ รพ. สต. 1 คน และผู้มารับบริการที่ รพ. สต. เพื่อตรวจสอบการสื่อความหมายและความเข้าใจ ก่อนปรับปรุงแนวคำถามเพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของระยะที่ 1 ในโครงการวิจัยหลัก ซึ่งมุ่งเน้นการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชน รวมถึงกระบวนการดูแลและความต้องการด้านการดูแล ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการ

ผู้วิจัยติดต่อและนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้เข้าร่วมทุกฝ่าย จากนั้นจัดเตรียมสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ปราศจากการรบกวน และเอื้อต่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเตรียมอุปกรณ์บันทึกเสียง แบบบันทึกภาคสนาม และ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น แบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้พร้อมสำหรับการดำเนินการสนทนากลุ่ม

2. การดำเนินการสนทนากลุ่ม

ในวันดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยแนะนำตัวและทีมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการสนทนากลุ่ม จากนั้นอธิบายข้อตกลงเบื้องต้น รวมถึงการรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา และแจ้งระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสนทนา (ประมาณ 60-90 นาที) การสนทนากลุ่มดำเนินไปตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ โดยเลือกใช้ภาษาอีสานซึ่งเป็นภาษาถิ่นร่วมกับภาษาไทยกลางตามภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เป็นประจำ เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองและได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง ในระหว่างนี้ ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จดบันทึกการสังเกตปฏิกิริยาและบรรยากาศระหว่างการสนทนา

3. การจัดการข้อมูลหลังการสนทนากลุ่ม

ภายหลังการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียงเป็นบทสนทนาแบบคำต่อคำ โดยคงไว้ซึ่งภาษาถิ่นที่ใช้ในการสนทนา เพื่อรักษาความหมายและอรรถรสของข้อมูลดั้งเดิม จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของการถอดเทปโดยการฟังซ้ำ และเปรียบเทียบกับบันทึกภาคสนาม ขั้นตอนสุดท้ายคือการจัดทำรหัสข้อมูล (Data Coding) เบื้องต้นเพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางของ Erlingsson และ Brysiewicz¹⁵ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1. ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล (Familiarization): อ่านบทสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อเข้าใจภาพรวม
2. แบ่งหน่วยความหมาย (Meaning Units): แยกเนื้อหาเป็นส่วนย่อยที่มีความหมายเฉพาะ
3. สรุปย่อหน่วยความหมาย (Condensation): ย่อความโดยรักษาใจความสำคัญ
4. สร้างรหัส (Coding): กำหนดป้ายกำกับสั้นๆ อธิบายเนื้อหา

5. จัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ (Categorizing): รวบรวมรหัสที่เกี่ยวข้องกัน ตอบคำถาม ใคร อะไร เมื่อไร ที่ไหน

6. สร้างประเด็นหลัก (Themes): วิเคราะห์ความหมายแฝงจากหลายหมวดหมู่

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้เทคนิคการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสังเกต และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังนำสรุปประเด็นสำคัญกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member Checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความ ซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยในการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์และเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ด้วยการตรวจสอบด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่หลากหลาย ได้แก่ ทีมผู้ให้บริการและเครือข่ายชุมชน

นอกจากนี้ ยังใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล โดยหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันว่าการตีความของผู้วิจัยตรงกับความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อ ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น แก้ไข หรือเพิ่มเติมข้อมูล และปรับปรุงผลการวิเคราะห์ตามข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูล ในทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ ผู้วิจัยใช้การเปรียบเทียบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (Constant Comparison) เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการจัดหมวดหมู่และสร้างแก่นสาระ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ห้องแห่ง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB.2565-171.1 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้องแห่ง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นการรายงานผลการวิจัย ในส่วนของการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนโดยใช้การสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน จำนวน 17 คน ดังนี้

1.กลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพใน รพ.สต. ดงห้องแห่ง ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 4 คน แพทย์ (1 คน) และเภสัชกร (1 คน) ที่ออกให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังสัปดาห์ละวัน พยาบาลวิชาชีพ ที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง (1 คน) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในรพ.สต. (1 คน)

2.เครือข่ายชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ดงห้องแห่ง ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คน ได้แก่ตัวแทนผู้ป่วยเรื้อรังที่มีค่าการทำงานของไตอยู่ระดับ 3 ขายและหญิง อย่างละ 1 คน (รวม 2 คน) ตัวแทนญาติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต 1คน และญาติผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ยังไม่ได้ฟอกไตจำนวน 1 คน (รวม 2 คน) ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน (จำนวน 2 คน) ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2 คน) และ ตัวแทน อสม. จาก 5 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน (รวม 5 คน)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า มีแก่นสาระหลัก (Themes) 5 ประเด็น และแก่นสาระรอง (Subthemes) 13 ประเด็น ดังสรุปไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงแก่นสาระหลักและแก่นสาระรอง

แก่นสาระหลัก	หมวดหมู่
1. การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	1.1. การตระหนักถึงสถานการณ์โรคไตในชุมชน 1.2. ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสาเหตุและการรักษาโรคไต 1.3. พฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร
2. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	1.1. การขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย 1.2. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความรู้ของบุคลากร 1.3. การขาดระบบการคัดกรองและให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ
3. การสื่อสารและประสานงานในการดูแลผู้ป่วย	1.1. การขาดการประสานงานระหว่างบุคลากรในการแจ้งผลตรวจ 1.2. ความต้องการการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ
4. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	4.1. ความต้องการคลินิกเฉพาะทางในระดับ รพ.สต. 4.2. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ 4.3. ความต้องการการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม.
5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม	5.1. การตระหนักถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไต 5.2. ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

1. การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

1.1 การตระหนักถึงสถานการณ์โรคไตในชุมชน เครือข่ายชุมชนแสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไตที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นในชุมชน โดยสังเกตเห็นการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่ต้องฟอกไต

1.2 ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสาเหตุและการรักษาโรคไต ในชุมชนยังพบความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสาเหตุของโรคไตและวิธีการรักษา ตัวอย่างเช่น ความเชื่อที่ว่าการใช้ยาเป็นสาเหตุหลักของโรคไต

1.3 พฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร พบว่าชุมชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไต โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความกังวลของชุมชนต่อภาระทางการเงินที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาโรคไต

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.1 การขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการตระหนักถึงความจำเป็นในการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีการเสนอแนะให้มีการพัฒนาแผนผังการดูแล

2.2 ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความรู้ของบุคลากร บุคลากรในทีมผู้ให้บริการแสดงความกังวลเกี่ยวกับความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3 การขาดระบบการคัดกรองและให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ พบว่ายังไม่มีเกณฑ์ชัดเจนในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

3. การสื่อสารและประสานงานในการดูแลผู้ป่วย

3.1 การขาดการประสานงานระหว่างบุคลากรในการแจ้งผลตรวจ พบว่ามีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนระหว่างบุคลากรเกี่ยวกับหน้าที่ในการแจ้งผลการตรวจค่ามีอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (eGFR) แก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ทราบสถานะสุขภาพไตของตนเอง

3.2 ความต้องการการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ ชุมชนแสดงความต้องการให้มีการแจ้งผลการตรวจได้อย่างสม่ำเสมอ

4. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

4.1 ความต้องการคลินิกเฉพาะทางในระดับ รพ.สต. ชุมชนแสดงความต้องการให้มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

4.2 อุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ชุมชนแสดงความกังวลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

4.3 ความต้องการการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. ชุมชนแสดงความต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างสม่ำเสมอ

5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

5.1 การตระหนักถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไต ชุมชนมีความตระหนักถึงภาระค่าใช้จ่ายที่สูงในการรักษาโรคไต

5.2 ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว แม้จะไม่มีการอ้างอิงโดยตรงเกี่ยวกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในข้อมูลที่ให้มา แต่สามารถอนุมานได้จากความกังวลของชุมชนเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่ต้องฟอกไต ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในชุมชนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้ ความต้องการในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกขึ้น สะท้อนถึงความต้องการในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์โรคไตเรื้อรังที่กำลังทวีความรุนแรงในชุมชน สอดคล้องกับกมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล³ ที่พบความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยร้อยละ 17.6 อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่ายังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสาเหตุและการรักษาโรคไตในชุมชน รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Kelly et al.⁶ ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง เช่น เพิ่มการบริโภคผักและโพแทสเซียมจะลด

โอกาสเกิด CKD ร้อยละ 21 และ 22 ตามลำดับ และการลดการบริโภคโซเดียมจะเพิ่มโอกาสเกิด CKD ร้อยละ 21 เป็นต้น และ Oosting et al.¹⁶ ที่พบว่าความชุกของการใช้ยาหลายขนานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 80 โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตและผู้ที่ได้รับการฟอกไต ซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่แย่งและคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง สถานการณ์เหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้ความรู้แก่ชุมชน

การศึกษานี้พบปัญหาในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ข้อยกจำกัดด้านทรัพยากรและความรู้ของบุคลากร และการขาดระบบการคัดกรองและให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ⁸ ที่พบว่าการพัฒนากระบวนการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตจำเป็นต้องมีการปรับปรุงในหลายด้าน โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการสื่อสารและประสานงานระหว่างบุคลากรในการแจ้งผลตรวจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ทราบสถานะสุขภาพไตของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ de Jong et al.¹² ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจนและสม่ำเสมอในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ Oosting et al.¹⁶ ยังชี้ให้เห็นว่าการใช้ยาหลายขนานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ภาวะไตวาย และการลดลงของอัตราการกรองของไตที่เร็วขึ้น การจัดการด้านยาอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความต้องการที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทั้งจากมุมมองของผู้ให้บริการและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการคลินิกเฉพาะทางในระดับ รพ.สต. และการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์และ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของบรรเทิง พลสวัสดิ์¹⁴ ที่

พัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 11 กิจกรรม รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การพัฒนาทักษะของบุคลากร และการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังใน รพ.สต. ผลการศึกษาพบว่าแนวทางนี้สามารถเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังพบความต้องการในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจนและเป็นปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Borg et al.⁷ ที่เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

การศึกษานี้ได้ค้นพบโอกาสในการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ทรัพยากรในชุมชน เช่น อสม. ในการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสำราญ พูลทอง และคณะ¹⁷ ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างของอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการทดลอง แต่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังพบข้อกังวลเกี่ยวกับความรู้และทักษะของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคไต ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นการพัฒนาระบบการให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงเป็นแนวทางที่มีความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของโรคไตเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ วลี

ขจรเลิศ และคณะ¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีภาระทางการเงินที่สูงมาก นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ยาหลายขนานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงและการไม่ยึดมั่นในการใช้ยา (Medication Non-adherence) ที่สูงขึ้น¹⁶ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว เช่นเดียวกับ Borg et al.⁷ ที่ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของโรคไตเรื้อรังต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเด็นเหล่านี้ทำให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายและมาตรการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมการป้องกันและการชะลอการเสื่อมของไตเพื่อลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรนำแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ใน รพ.สต. อื่นๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและป้องกันโรคไตเรื้อรัง

2. ด้านการพัฒนาด้านการศึกษาพยาบาล

ควรบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนเข้าสู่หลักสูตรการศึกษาพยาบาล โดยเน้นการพัฒนาทักษะในการทำงานร่วมกับชุมชนและการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ควรจัดให้มีการฝึกปฏิบัติงานในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง

3. ด้านการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในระยะยาว โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสานวิธี ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการนำแนวทางไปปฏิบัติในบริบทที่

แตกต่างกัน และควรพัฒนาเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

4. ด้านนโยบาย

ควรมีการกำหนดนโยบายระดับชาติที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดย

เน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระดับปฐมภูมิ ควรจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอในการดำเนินงานตามแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม และควรพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: Reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet*. 2018;392(10159):2052-2090.
2. Glasscock RJ, Warnock DG, Delanaye P. The global burden of chronic kidney disease: Estimates, variability and pitfalls. *Nat Rev Nephrol*. 2017;13(2):104-114.
3. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med*. 2004;351(13):1296-1305.
5. MacRae C, Mercer SW, Guthrie B, Henderson D. Comorbidity in chronic kidney disease: A large cross-sectional study of prevalence in Scottish primary care. *Br J Gen Pract*. 2021;71(704):e243-e249.
6. Kelly JT, Su G, Zhang L, Qin X, Marshall S, González-Ortiz A, et al. Modifiable lifestyle factors for primary prevention of CKD: A systematic review and meta-analysis. *J Am Soc Nephrol*. 2021;32(1):239-253.
7. Borg R, Carlson N, Søndergaard J, Persson F. The growing challenge of chronic kidney disease: An overview of current knowledge. *Int J Nephrol*. 2023;2023:9609266.
8. อัมพรพรรณ อธิราช, นงลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์, ปัทมา สุริต, วาสนา รวยสูงเนิน, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, จันทรีโท ศรีนา, et al. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2560.
9. ปุญญินธิ เชื้อนเพชร, รุ่งลาวัลย์ กาวีละ, อรุณี ไชยเมือง. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2563;7(1):57-74.
10. บุญสม คุ่มกลาง, ปุญญินธิ วัจละอนันท์. ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(2):1-10.
11. มณีวรรณ ตั้งจรศักดิ์, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท, ธัญชนก รุ่งเรือง, กมลธรา เกษมกลาง, ธัชพันธ์ ศิริศานต์, บงกชจันทร์ กุณานนท์. การพัฒนาศูนย์โรคไตเรื้อรังเครือข่ายจังหวัดหนองคาย. หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย; 2559.
12. de Jong Y, van der Willik EM, Milders J, Meuleman Y, Morton RL, Dekker FW, et al. Person centred care provision and care planning in chronic kidney disease: Which outcomes matter? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Nephrol*. 2021;22(1):309.
13. สรุปผลการดำเนินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่, 2564)
14. บรรเทิง พลสวัสดิ์. การพัฒนาแนวทางการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงห้องแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):366-377.
15. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *Afr J Emerg Med*. 2017;7(3):93-99.
16. Oosting IJ, Colombijn JMT, Kaasenbrood L, Liabeuf S, Laville SM, Hooft L, et al. Polypharmacy in Patients with CKD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Kidney360*. 2024;5(6):841–850.

17. สำราญ พูลทอง, สุปราณี เมืองโคตร, วิลาวัลย์ หล้าเขต. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์. 2566;7(1):91-104.
18. อรอนงค์ วิไลจรเลิศ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, อมฤต สุวัฒน์ศิลป์, ธนชัย พนาพุฒิ, et al. ภาระการเงินในครัวเรือนของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2561;14(4):79-87.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานเนื่องจากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ที่มีภาวะซึมเศร้า :เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Diabetic Patients with Uncontrolled Blood Sugar with Major Depressive Disorder: Comparison of Two Case Studies.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 20,2024 ; Accepted: September 21,2024)

มัตตัญญูตา โสภา¹

Mattunyuta Sopha¹

บทคัดย่อ

การศึกษารายกรณีนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดและมีภาวะซึมเศร้า กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย กรณีศึกษาแรกที่ 1 เป็นเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ โรคซึมเศร้า กรณีศึกษาครั้งที่ 2 เป็นเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีโรคซึมเศร้า โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโนนศิลา โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลจากการพูดคุยซักถามจากผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน ในการประเมินค้นหาปัญหา และใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบในผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 รายนี้ ทำให้การดูแลตัวเองแย่ลง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาดังแต่เนิ่นๆและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันปัญหาแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหัวใจ ไตเสื่อม โรคสมองเสื่อม

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคซึมเศร้า, น้ำตาลในเลือดสูง

Abstract

The purpose of this case study is to provide guidelines for nursing patients with diabetes who are unable to control their blood sugar levels and are experiencing depression. The study compares two cases: Case Study 1 involves a patient with diabetes, high blood sugar levels, chronic kidney disease stage 3, and depression. Case Study 2 involves a patient with diabetes and high blood sugar levels, along with coexisting depression. The study specifically selected patients receiving outpatient services at Non Sila Hospital, gathering data from medical records and interviews with patients and their relatives. The analysis was conducted using Gordon's Functional Health Patterns framework to assess and identify problems, and the nursing process was employed to establish nursing diagnoses, plan, and implement nursing interventions.

The study found that significant factors increasing the risk of diabetes complications are associated with depression, which was present in both diabetic patients. This led to poorer self-care and an inability to maintain normal blood sugar levels. Early diagnosis and treatment, along with continuous monitoring and care, are essential to prevent subsequent complications such as heart disease, kidney failure, and dementia.

Keywords: Nursing, Type 2 Diabetes, Depression, Hyperglycemia

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด

¹ โรงพยาบาลโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

ภาวะแทรกซ้อน และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โรคซึมเศร้า (Depression) และโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานในอนาคต อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักไม่ได้ควบคุมอาหาร ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดร่วมกับยารักษาโรคซึมเศร้าบางชนิดที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และในทางกลับกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมักมีโรคร่วมหลายโรคมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเมื่อเป็นเบาหวานไปนานๆ การศึกษา meta-analysis พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่มีโรค และผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 การมีโรคซึมเศราร่วมในผู้ป่วยเบาหวานส่งผลโดยตรงต่อการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคซึมเศร้ามักดูแลตัวเองไม่ดี ไม่ค่อยร่วมมือในการรักษา ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน¹

ประเทศไทยมีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 4.4 ภายในปี ค.ศ.2030 จากสถิติจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานรายใหม่ระหว่างปีพ.ศ.2564-2566 มีจำนวน 321,439 ราย, 346,331 ราย และ 373,210 ราย/ปี ตามลำดับ(ที่มา:HDC กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสะสมในประเทศไทย ปี 2564-2656 มีจำนวน 1,111,938 คน, 1,207,864 คน และ 1,201,386 คน ตามลำดับ สหพันธ์สุขภาพจิตโลกระบุว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานมีอาการซึมเศราร่วมอยู่ด้วย และเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีอาการซึมเศร้ามักจะขาดความสนใจในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย บางคนอาจดื่มสุราส่งผลให้อาการโรคเบาหวานรุนแรงมากขึ้น มีหลักฐานบ่งชี้ว่าพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าคนทั่วไปโดยพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศราร่วมด้วยและพบ

โรคซึมเศราร้อยละ 9 เมื่อใช้การสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า²

รายงานผลการศึกษามหาภาคได้ผลการศึกษาดังกล่าวคือผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า 1.6 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ผู้หญิงมีความชุกของโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยชาย (ร้อยละ 17.6 และ ร้อยละ 9.8 ตามลำดับ) สำหรับประเทศไทยจากงานวิจัยต่างๆพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 10-30 การที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยค่อนข้างสูงอาจเป็นเพราะงานวิจัยทั้งหมดใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าประเภทผู้ป่วยตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยตนเอง (self-report) เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด จอตาเสื่อม ปลายประสาทเสื่อม ความบกพร่องทางเพศ โรคไต โรคหัวใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย รับประทานอาหารที่ไม่มีผลดีต่อสุขภาพ ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าจะลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานช่วยทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ดังนั้น การคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน³

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเข้าใจพยาธิสภาพของโรค สามารถคัดกรองและประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต เพื่อติดตามอาการและให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที การให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องโรคเบาหวานและโรคซึมเศร้า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและการให้คำปรึกษาเฉพาะรายเพื่อลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือแม้กระทั่งป้องกันการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุมาจากโรค

ซึมเศร้าตัวเอง การศึกษาคาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อ
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานและหน่วยงานอื่น
สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่สามารถ
ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ที่มีภาวะซึมเศร้าในคลินิก
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD Clinic) โรงพยาบาลโนนศิลา
จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อ
เสนอแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ที่มีภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา

1. เลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีภาวะซึมเศร้า
จำนวน 2 ราย
2. แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติและขอ
อนุญาตผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบาย
วัตถุประสงค์และประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อนำปัญหา
มาวิเคราะห์
3. รวบรวมข้อมูล ประวัติการรักษาจากเวช
ระเบียน สัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรม ผู้ป่วยและขอ
ข้อมูลญาติที่เป็นผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาค้นคว้าจาก
ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้
คำปรึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย ประเมินและให้การ
ช่วยเหลือตามปัญหาต่างๆของผู้ป่วย

5. สรุปผลกรณีศึกษาเรียบเรียงเนื้อหาตาม
หลักวิชาการ โดยวิเคราะห์และแก้ไขประเด็น ปัญหา
ที่ไม่ครอบคลุม เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
แล้วนำเสนอเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ
ถูกต้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการเผยแพร่

กรณีศึกษา รายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและ
ศึกษา เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2567 ถึง วันที่ 30
กรกฎาคม 2567 รวมระยะเวลา 263 วัน กรณีศึกษา
รายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 19
กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 9 สิงหาคม 2567 รวม
ระยะเวลา 182 วัน รวบรวมข้อมูล รายละเอียด
ประวัติของผู้ป่วยและขอข้อมูลเพิ่มเติม จากญาติ วัน
นัดที่พบแพทย์ เพื่อติดตามอาการ และประเมินสภาพ
ผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลคอมพิวเตอร์
ระบบโปรแกรม HosXP การซักประวัติ ผลการตรวจ
ทางห้องปฏิบัติการ การรักษา และยา สมุดบันทึก
ประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า
(2Q,9Q,8Q) ปัญหาสุขภาพที่พบจากการรักษา

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลที่ 1	มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมดูแล ตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน	มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมดูแล ตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน
ข้อมูลสนับสนุน	-เป็นเบาหวานมา 22 ปี -ปรุงอาหารด้วยผงชูรส เติมน้ำปลา ขอบรสเค็ม มัน -ไม่ออกกำลังกาย -ทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ไม่จำกัดปริมาณ ทานจน อึด - แรกรับ DTX 261mg%, HbA1C 9.6%	- เป็นเบาหวานมา 9 ปี - ชอบอาหารที่มีรสเค็ม เฝื่อน มันปรุงอาหาร ด้วยผงชู รส เติมน้ำปลา ปลาร้า รับประทานข้าวเหนียวเป็น หลัก -ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย -รับประทานยาชุดเมื่อมีอาการปวดไหล่ - แรกรับ DTX 457 mg%, HbA1C 7.4 %
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดลดลง	- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดลดลง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา โรคเบาหวาน	- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา โรคเบาหวาน
เกณฑ์การประเมินผล	- มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน - ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ 80-130 mg% น้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดลดลงหรือไม่เกิน 8.0 mg% - ไม่พบอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว	- มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน - ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ 80-130 mg% น้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดลดลงหรือไม่เกิน 7.0 mg% - ไม่พบอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว
กิจกรรมการพยาบาล	1. ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยจัดโปรแกรมเรื่องโรคเบาหวาน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เสริมสร้างแรงจูงใจเพิ่มในการดูแลสุขภาพรายบุคคล โดยเพิ่มระดับความสามารถ ทักษะการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การจัดการกับอาหาร การจัดการกับความเครียด 2. แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสมรับประทาน อาหาร เป็นเวลา งดดื่มเครื่องดื่มหวาน อาหารรสหวาน มัน และเค็ม แนะนำ วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ 3. จัดรูปแบบการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษาที่เหมาะสมกับความเสี่ยงรายบุคคล 4. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ life style 5. แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 6. ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้ปวดยา และสมุนไพร เพราะทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น 7. แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 8. การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ	1. ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยจัดโปรแกรมในเรื่องโรคเบาหวาน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เสริมสร้าง แรงจูงใจเพิ่มในการดูแลสุขภาพรายบุคคล โดยเพิ่มระดับ ความสามารถ ทักษะในการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การจัดการกับอาหาร การจัดการ ความเครียด 2. แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสมรับประทาน อาหาร เป็นเวลา งดดื่มเครื่องดื่มหวาน อาหารรสหวาน มัน เค็ม แนะนำ วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ 3. จัดรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษาที่เหมาะสมกับความเสี่ยง รายบุคคล 4. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ งดออกกำลังกายที่มีผลต่อเข่า ไหล่ 5. แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 6. ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้ปวดและการใช้สมุนไพร เพราะทำให้ไตเสื่อม 7. แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 8. การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ
การประเมินทางการพยาบาล	-ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับ ประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับ โรคเบาหวาน -DTX มาตามนัดครั้งที่4 = 122 mg % - ออกกำลังกายตามคำแนะนำ ปั่นจักรยานวันละ 30 นาที -ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อย ตามร่างกาย ชีพจรเร็ว	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน -ไม่ดื่มสุราเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ - ออกกำลังกายตามคำแนะนำโดยการแกว่งแขน ต่อเนื่อง 15-20 นาที ทุกเช้า - DTX มาตามนัดครั้งที่ 4 = 117 mg% - ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ชีพจรเร็ว
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2	เสี่ยงทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกว่าตนไร้ค่า	เสี่ยงทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง
ข้อมูลสนับสนุน	-ประเมิน 2Q=2 คะแนน 9Q=18 คะแนน 8Q=9 คะแนน	ประเมิน 2Q=2 คะแนน 9Q=15 คะแนน 8Q=4 คะแนน

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
รายการประวัติ	รู้สึกว่าเป็นคนไร้ค่า อยู่ก็ไม่มีประโยชน์ -นั่งแยกตัว สีหน้าไม่สดชื่น ไม่ค่อยพูด	-มีอาการเบื่อหน่ายท้อแท้ มีความคิดว่าตายไปจะดีกว่า -ขณะพูดคุยน้ำตาคลอ เสี่ยงล้นเครือ
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตราย ไม่ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีการใดๆ	ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตราย ไม่ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีการใดๆ
เกณฑ์การประเมินผล	-สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีพฤติกรรมแยกตัว พูดคุย มีสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง - ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q = 0 9Q=0 8Q=0 -ไม่มีความคิดอยากตาย -ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายตนเอง	-สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีพฤติกรรมแยกตัว พูดคุย มีสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง - ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q = 0 9Q=0 8Q=0 -ไม่มีความคิดอยากตาย -ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายตนเอง
กิจกรรมการพยาบาล	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด รับฟังความต้องการ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและยอมรับผู้ป่วย 2. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วย และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q 3. ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ ให้กำลังใจ 5. ร่วมกับผู้ช่วยค้นหาความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา และ positive re-inforcement ในความสำเร็จดังกล่าว 6. สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจและวางเป้าหมายในชีวิตที่เป็นไปได้เพื่อให้เกิดกำลังใจ 7. ประสานกับครอบครัว ให้ข้อมูลการสื่อสารเพื่อส่งเสริมคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย 8. ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 9. ดูแลให้ได้รับการรักษาและยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด รับฟังความต้องการ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและยอมรับผู้ป่วย 2. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วย และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q 3. ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ ให้กำลังใจ 5. ร่วมกับผู้ช่วยค้นหาความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา และ positive re-inforcement ในความสำเร็จดังกล่าว 6. สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจและวางเป้าหมายในชีวิตที่เป็นไปได้เพื่อให้เกิดกำลังใจ 7. ประสานกับครอบครัว ให้ข้อมูลการสื่อสารเพื่อส่งเสริมคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย 8. ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 9. ดูแลให้ได้รับการรักษาและยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง
การประเมินทางการพยาบาล	ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายตนเอง อารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าของตัวเองสูงขึ้น 2Q=1 9Q=3 8Q=4 ไม่แยกตัว ไม่มีความคิดอยากตาย สีหน้าสดชื่นขึ้น มีสัมพันธภาพกับคนรอบตัวมากขึ้น	ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายตนเอง อารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง 2Q=1 9Q=4 8Q=0 ไม่แยกตัว สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีความคิดอยากตาย
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3	แบบแผนการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม	แบบแผนการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม
ข้อมูลสนับสนุน	เวลาที่มีเรื่องไม่สบายใจมักเก็บไว้คนเดียวไม่ปรึกษาใคร	เวลาที่มีเรื่องไม่สบายใจมักแก้ปัญหาด้วยการดื่มสุรา
วัตถุประสงค์	- มีแบบแผนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม	- มีแบบแผนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
เกณฑ์การประเมินผล	-สามารถบอกวิธีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องตามที่ให้ข้อมูลได้ - สามารถบอกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองได้	-สามารถบอกวิธีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องตามที่ให้ข้อมูลได้ - สามารถบอกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองได้
กิจกรรมการพยาบาล	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด รับฟังความต้องการ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและยอมรับผู้ป่วย	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด รับฟังความต้องการ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและยอมรับผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	2. ประเมินแบบแผนการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและกระตุ้นให้วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของวิธีการที่ใช้อยู่ 3. ให้ข้อมูลเรื่อง การเผชิญปัญหาที่ถูกต้อง - ด้านการจัดการกับอารมณ์ - ด้านการจัดการกับความคิด 4. ร่วมกับผู้ช่วยค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง 5. ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่กระตุ้นเร้าความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุดว่าผู้ป่วยจะจัดการอย่างไร 6. ร่วมกับผู้ช่วยประเมินผล วิธีการที่เลือกใช้ 7. ชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสม 8. ให้ข้อมูลญาติถึงวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเลือกใช้ และการปฏิบัติของญาติ หรือผู้ดูแล ที่จะลดปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด	2. ประเมินแบบแผนการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและกระตุ้นให้วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของวิธีการที่ใช้อยู่ 3. ให้ข้อมูลเรื่อง การเผชิญปัญหาที่ถูกต้อง - ด้านการจัดการกับอารมณ์ - ด้านการจัดการกับความคิด 4. ร่วมกับผู้ช่วยค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง 5. ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่กระตุ้นเร้าความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุดว่าผู้ป่วยจะจัดการอย่างไร 6. ร่วมกับผู้ช่วยประเมินผล วิธีการที่เลือกใช้ 7. ชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสม 8. ให้ข้อมูลญาติถึงวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเลือกใช้ และการปฏิบัติของญาติ หรือผู้ดูแล ที่จะลดปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด
การประเมินทางการพยาบาล	ผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการจัดการปัญหา และการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้องได้	ผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการจัดการปัญหา และการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้องได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4	เสี่ยงต่อการอาการไม่พึงประสงค์จากยาเนื่องจาก ได้รับยาด้านเศร้าและยารักษาอาการทางจิต	เสี่ยงต่อการอาการไม่พึงประสงค์จากยาเนื่องจาก ได้รับยารักษาโรซึมเศร้า
ข้อมูลสนับสนุน	ได้ยา Setraline(50 mg) 2x1hs, Trazodone (50 mg)1x1hs, Risperidone(2 mg) 1x1hs, Trihexyphenidyl(5 mg) 1x1 OD	ได้ยา Sertraline(50 mg) 1x1 hs , Lorazepam(0.5 mg) 1x1 hs
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา
เกณฑ์การประเมินผล	-ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาด้านเศร้าและยารักษาอาการทางจิต เช่น อาการแสดงของ EPS งุนงง สับสน หน้ามืด ฯลฯ - ผู้ป่วยไม่มีร่องรอย บาดแผลจากการได้รับอุบัติเหตุ - ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ	-ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาด้านเศร้า เช่น งุนงง สับสน หน้ามืด ฯลฯ - ผู้ป่วยไม่มีร่องรอย บาดแผลจากการได้รับอุบัติเหตุ - ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ
กิจกรรมการพยาบาล	-สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวลจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา -แนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด พร้อมอธิบายการให้การพยาบาลและสังเกตอาการข้างเคียงจากยาเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย -ประเมินอาการข้างเคียง เช่น Extrapyramidal sign ภาวะไข้ อาการแทรกซ้อนทางกายอื่นร่วมด้วย -ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพ ของผู้ป่วย -รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการข้างเคียงจากยา	-สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวลจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา -แนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด พร้อมอธิบายการให้การพยาบาลและสังเกตอาการข้างเคียงจากยาเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย -ประเมินอาการข้างเคียง เช่น Extrapyramidal sign ภาวะไข้ อาการแทรกซ้อนทางกายอื่นร่วมด้วย -ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพ ของผู้ป่วย -รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการข้างเคียงจากยา
การประเมินทางการพยาบาล	ไม่พบอาการข้างเคียงจากยา	ไม่พบอาการข้างเคียงจากยา
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5	แบบแผนการ นอนหลับเปลี่ยนแปลง : นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากวิตกกังวล มีความเครียด	แบบแผนการ นอนหลับเปลี่ยนแปลง : นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากวิตกกังวล มีความเครียด
ข้อมูลสนับสนุน	นอนหลับได้วันละ 3-4 ชม./วัน “นอนหลับๆ ตื่นๆ” สีหน้าไม่สดชื่น ง่วงอ่อนเพลีย	นอนหลับไม่สนิท มักตื่นกลางดึก หลับได้วันละ 2-3 ชม./วัน

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
วัตถุประสงค์	เพื่อให้นอนหลับเพียงพอในแต่ละวัน	เพื่อให้นอนหลับเพียงพอในแต่ละวัน
เกณฑ์การประเมินผล	-หลับสนิทตลอดทั้งคืน ไม่ตื่นกลางดึก -นอนหลับได้วันละ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน -สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการง่วง	-หลับสนิทตลอดทั้งคืน ไม่ตื่นกลางดึก -นอนหลับได้วันละ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน -สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการง่วง
กิจกรรมการพยาบาล	1. ประเมินอาการง่วงนอนและการพักผ่อนเพียงพอในแต่ละวัน เช่น อาการง่วงนอนอย่างไร แผนการนอนหลับในแต่ละวันกี่ชั่วโมง กิจกรรมประจำวัน แผนการออกกำลังกาย แผนการรับประทานอาหาร เป็นเช่นไร และให้การพยาบาลตามแผนที่ติดปกติ 2. กรณีแผนการนอนหลับถูกรบกวนจากคนรอบข้าง 2.1 แนะนำจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับไม่มีการรบกวน เช่น -ลดหรือหลีกเลี่ยงเสียง/แสง -ควรปัสสาวะก่อนเข้านอน 3. แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ดี แข็งแรงสดชื่น 4. แนะนำรับประทานยานอนหลับก่อนนอนตามแผนการรักษา	1. ประเมินอาการง่วงนอนและการพักผ่อนเพียงพอในแต่ละวัน เช่น อาการง่วงนอนอย่างไร แผนการนอนหลับในแต่ละวันกี่ชั่วโมง กิจกรรมประจำวัน แผนการออกกำลังกาย แผนการรับประทานอาหาร เป็นเช่นไร และให้การพยาบาลตามแผนที่ติดปกติ 2. กรณีแผนการนอนหลับถูกรบกวนจากคนรอบข้าง 2.1 แนะนำจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับไม่มีการรบกวน เช่น -ลดหรือหลีกเลี่ยงเสียง/แสง -ควรปัสสาวะก่อนเข้านอน 3. แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ดี แข็งแรงสดชื่น 4. แนะนำรับประทานยานอนหลับก่อนนอนตามแผนการรักษา
การประเมินทางการพยาบาล	นอนหลับได้วันละ 5-6 ชั่วโมง นอนหลับได้ตลอดคืน สีหน้าสดชื่นขึ้น	นอนหลับได้วันละ 6-7 ชั่วโมง นอนหลับได้ตลอดคืน สีหน้าสดชื่นขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6	ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว
ข้อมูลสนับสนุน	คิดว่าตนเองมีหลายโรค รู้สึกท้อแท้ กลัวจะมีโรคแทรกซ้อน สีหน้าครุ่นคิด วิตกกังวล	กังวลเรื่องลูก ดิทยา ไม่ทำงานเป็นภาระครอบครัว กลัวลูกกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวช
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ไม่แสดงสีหน้าเศร้าหมอง	เพื่อลดความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ไม่แสดงสีหน้าเศร้าหมอง
เกณฑ์การประเมินผล	ระดับความวิตกกังวลลดลง สีหน้าแจ่มใส ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วย	ระดับความวิตกกังวลลดลง สีหน้าแจ่มใส ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาครอบครัว
กิจกรรมการพยาบาล	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทียอมรับและรับฟังผู้ป่วยด้วยความสนใจตลอดเวลา 2. ประเมินระดับความวิตกกังวล 3. ประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น ซึม แยกตัว พูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นๆ เพื่อติดตามความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วย 4. อธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเรื่องโรคและการดำเนินโรค 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกวิตกกังวล ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเข้าใจ	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทียอมรับและรับฟังผู้ป่วยด้วยความสนใจตลอดเวลา 2. ประเมินระดับความวิตกกังวล 3. ประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น ซึม แยกตัว พูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นๆ เพื่อติดตามความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วย 4. อธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเรื่องโรคและการดำเนินโรค 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกวิตกกังวล ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเข้าใจ 6. ให้อาสาสมัครช่วยผู้ป่วย มองหาข้อดี สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	6. ให้ข้อมูลความจำเป็นที่ต้องรักษาต่อเนื่อง ระยะเวลา และกิจกรรมการพยาบาล และ ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ 7. ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา เมื่อมีอาการ เปลี่ยนแปลง	7. ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา เมื่อมีอาการ เปลี่ยนแปลง
การประเมินทางการ พยาบาล	สีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยมากขึ้นไม่แยกตัว ยอมรับ ความเจ็บป่วย	หน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยมากขึ้นไม่แยกตัว ยอมรับและ เข้าใจปัญหาของครอบครัว
ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลที่ 7	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงาน ของไตลดลง และพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอ ไตเสื่อมไม่เหมาะสม	-
ข้อมูลสนับสนุน	- การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่เหมาะสม เช่น ขอบทานข้าวเหนียวเป็นหลักและไม่จำกัด ปริมาณ ขอบทานรสเค็ม ขาดการออกกำลังกาย เป็น โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (eGFR 42.88 ml/min/1.73m) Creatinine 1.71 mg/dl	-
วัตถุประสงค์	- เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจาก ไตเสื่อม	
เกณฑ์การประเมินผล	- ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง เหมาะสม ด้านอาหาร การออกกำลังกาย - สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต < 130/80 mmHg - อัตราการกรองของไต ระดับ Creatinine ลดลง eGFR เพิ่มขึ้นหรือไม่ลดลงจากเดิม - ระดับไขมัน LDL cholesterol ดีขึ้น - ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบูนูนน้ำหนัก ตัวเพิ่มขึ้นไม่เกิน 1 กิโลกรัม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย	
กิจกรรมการพยาบาล	1. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารเพื่อช่วยชะลอ ความเสื่อมของไต เช่น การจำกัดปริมาณ คาร์โบไฮเดรต การเลือกไขมันอิ่มตัว การจำกัด โซเดียม 2. ให้คำแนะนำการออกกำลังกายเหมาะสมกับสภาพ ร่างกาย 3. แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDS ใช้ยา สมุนไพรอย่างระมัดระวังเพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อม เร็วขึ้น 5. ติดตามผลตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ	
การประเมินทางการ พยาบาล	- ผู้ป่วยรับประทานข้าวเหนียวเมื่อละไม่เกิน 1 กำมือ งดของหวาน ลดการปรุงอาหาร ด้วยผงชูรส น้ำปลา ในอาหาร ลดการรับประทานอาหารทอด ออกกำลังกาย ปั่นจักรยานทุกวัน รับประทานยาตามแผนการ รักษา และไม่รับประทานยาชุดแก้ปวด สมุนไพร - สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 101/56 mmHg	

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- อัตราการกรองของไต (eGFR = 46.82 min/1.73m Cr 1.59 dl LDL 78 mg/dl - ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบวม ไม่มี อาการ หอบเหนื่อย น้ำหนักตัว 46 kg ค่า BMI 17.96 และ รอบเอว 80 เซนติเมตร น้ำหนักตัว BMI ลดลง	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8	เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะซีด	
ข้อมูลสนับสนุน	Hb 6.40/dl Hct 20.80% เหล็กขาดดูซีด ปากซีด ดูทางอ่อนเพลีย	
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด	
กิจกรรมการพยาบาล	1. ประเมินภาวะซีดจากการซักประวัติ การตรวจ ร่างกาย และ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2. ค้นหาสาเหตุอื่นๆ เช่น ประวัติการถ่ายดำ เพื่อ ประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร 3. ให้ความรู้เรื่องอาหารที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือด แดง 4. รายงานแพทย์เพื่อการรักษา 5. การป้องกันอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้มถ้ามีอาการ วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยเพลีย ให้รับหยุดกิจกรรม และ ควรพักผ่อน	
การประเมินทางการพยาบาล	- ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะซีด ได้แก่ เป็นลม หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ หรือเกิดอุบัติเหตุขณะทำ กิจวัตรประจำวัน - Hb 8.86g/dl, Hct 28.9 vol%,	

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีโรคร่วมเหมือนกันคือโรคซึมเศร้า ได้รับการรักษาเบาหวานด้วยยาเกินเหมือนกันแตกต่างกันที่ขนาดที่ได้รับ และได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าเหมือนกัน แตกต่างที่ตัวยาและปริมาณยาที่ได้รับ กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นเบาหวาน 22 ปีและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า 4 ปี กรณีศึกษา 2 เป็นเบาหวาน 9 ปีและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นครั้งแรก จากกรณีศึกษาพบว่าความแตกต่าง ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานต่างกัน 13 ปี ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้าต่างกัน 4 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าระยะเวลาที่เป็นโรคมามากกว่าย่อมมีภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงมากกว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

นานกว่า 20 ปีและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า 4 ปีก่อน โรคซึมเศร้าส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ไม่สนใจตัวเอง ไม่ควบคุมอาหาร ขาดการออกกำลังกาย มีความคิดว่าตนไร้ค่า อยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์ จากการประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง จึงส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก มีความเครียดวิตกกังวลปัญหาครอบครัว หันไปดื่มสุราเพื่อคลายเครียด ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม มัน ทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ทานไม่จำกัดปริมาณ ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย เครียดนอนไม่หลับ หรือ

หลายๆด้าน การประเมินภาวะซึ่มเศร้าอยู่ในระดับสูง มีอาการเบื่อหน่ายท้อแท้ มีความคิดว่าตายไปจะดีกว่า ได้รับยารักษาซึ่มเศร้าและการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้เร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ความรุนแรงของการดำเนินโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพจิตเป็นสำคัญ ผลจากการพยาบาลผู้ป่วยแม้กรณีศึกษาตอนที่ 1 จะยังควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติยังไม่ได้ แต่มีแนวโน้มลดลงจากผลของน้ำตาลในเลือดที่มาตรการตามนัดในแต่ละครั้ง และยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นนอกจากภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นร่วมกับภาวะซึ่มเศร้าอยู่ในระดับลดลง ซึ่มเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ไม่มีความคิดอยากตาย ส่วนกรณีศึกษาตอนที่ 2 เห็นได้ชัดว่าการค้นหา คัดกรองและประเมินภาวะซึ่มเศร้าที่รวดเร็ว ให้การดูแลรักษาได้ทันทั่วถึง ส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความเครียดวิตกกังวลลดลง ระดับซึ่มเศร้าอยู่ในระดับต่ำ^{4,5,6}

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการคัดกรองซึ่มเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการทุกราย เพื่อให้การดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ป้องกันความเสี่ยงการทำร้ายตัวเองจากโรคซึ่มเศร้าและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานสาเหตุจากการไม่สนใจดูแลตัวเอง พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึ่มเศร้าโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยนำการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตัวเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม
3. พัฒนาระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่เข้าถึงได้ง่าย และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตัวเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถส่งต่อความรู้ไปสู่คนในชุมชน เป็นต้นแบบที่ดีในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. เฉลาคศรี เสี่ยม. หลักการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน : สารัช สุนทรโยธิน, ปฎิณัฐ บุรณะ ทรัพย์ขจร, บรรณาธิการ. Diabetes Mellitus ดำรับโรคเบาหวาน พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555. หน้า 60-66.
2. มณีนันท์ เอี่ยมอนันต์,ภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ,Thai Journal of Nursing, 68(1), 58-65, 2019
3. ชลิต รัตนสาร(RAMA Med J 2010),โรคซึ่มเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน.Ramathibodi Medical Journey
4. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2566) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร:สำนักงานการพิมพ์จำกัด.
5. สุริพร คนละเอียด. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 Clinical practice guideline for Diabetes 2023. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2566.

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว :กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Elderly Patients with Chronic Non-Communicable Diseases and Bedridden Dependency Using the Concept of Empowering Family Caregivers: A Case Study of Two Patients.

(Received: September 12, 2024 ; Revised: September 16, 2024 ; Accepted: September 18, 2024)

มานีจันทร์ สารสี¹

Maneejan sansee¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการเปรียบเทียบการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบเก็บรวบรวมข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพของโรค การรักษา การวางแผนการดูแลสุขภาพครอบครัวโดยใช้แนวคิดแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว และปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะข้อยึดติดมีภาวะพร่องโภชนาการและผู้ดูแลขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่รับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตนเองญาติรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แต่ขาดความตระหนักและทักษะกระตุ้นในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ไม่มีความพร้อมด้านผู้ดูแล ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มแย่ลง ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยและญาติรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง แต่ไม่กล้าขยับตัวกลัวเจ็บตอนที่แผลยังไม่หายและขาดความตระหนักในการดูแลฟื้นฟูกายภาพ ผู้ดูแลพร้อมแต่ขาดทักษะและความมั่นใจ ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นคะแนน ADL เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุพึ่งพิง, การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, Empowerment

Abstract

This study was 2 case study aimed to study and compare health management in 2 dependent elderly with chronic non-communicable diseases who are bedridden and dependent. The study is conducted from February 1, 2024 to July 31, 2024. The instruments used include data collection forms, patient medical records, interviews, observations, data analysis using Gordon's health model, disease pathology, treatment, family health care planning using the concept of family caregiver empowerment, nursing practices according to nursing diagnoses, and nursing outcome assessment.

The results of the study found that both patients had similar problems, namely, complications from chronic diseases, decreased ability to perform daily activities, joint stiffness, malnutrition, and caregivers lacking awareness in caring for patients appropriately with the disease. Patient 1 was not aware of his own health condition. Relatives were aware of the patient's health condition but lacked awareness and skills in stimulating health care and rehabilitation. There was no readiness in terms of caregivers, causing the patient's health condition to tend to worsen. Patient 2 was both the patient and relatives were aware of their own health condition but did not dare to move for fear of pain while the wound had not healed and lacked awareness in physical rehabilitation care. The caregivers

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

were ready but lacked skills and confidence, causing the patient's health condition to tend to improve and the ADL score to increase.

Keywords: Dependent elderly, home care, empowerment

บทนำ

ในสถานการณ์โลกปัจจุบันสังคมโลกกำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2593 (ค.ศ. 2050) โดยในช่วง ค.ศ. 2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือ มีประชากร อายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด เช่นเดียวกับสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นสะท้อนถึง ภาระการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจากความเสื่อมทางร่างกายส่งผลต่อภาวะพึ่งพิงโดยส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่าย ในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นจากการรวบรวมสถิติทางประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบดัชนีภาวะพึ่งพิง คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เทียบกับประชากรวัยทำงาน คือ ช่วงอายุ 15-59 ปี ในจำนวน 100คน (60+/ <15) พบว่า ภาวะพึ่งพิงของวัยสูงอายุที่มากที่สุด คือ ภาคเหนือ 104.60 ต่อพันประชากร รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 85.10 ต่อพันประชากรและจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ. 2565 พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 2 ของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะ “ติดเตียง” ที่ต้องการการพึ่งพิงคือ อยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จากข้อมูลการพึ่งพิงในวัยผู้สูงอายุต่อประชากร วัยแรงงานในปีพ.ศ. 2566 พบว่า ประชากรวัยแรงงาน 5 คน ต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบของครอบครัวไทยคือ มีขนาดเล็กลง¹

ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 294,876 คน จากประชากรทั้งหมด 1,790,863 คน คิดเป็นร้อยละ 16.46 โดยประชากรผู้สูงอายุมี

แนวโน้มสูงขึ้นจาก ปี 2563 - 2564 มีประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 15.11 และ 15.79 ตามลำดับ (ข้อมูลทั่วไป จาก Health Data Center 2565) นอกจากนี้ยังมีการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปี 2565 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีจำนวน ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 186,633 คน คิดเป็นร้อยละ 63.29 มีผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 179,616 คน คิดเป็นร้อยละ 96.24 ติดบ้าน จำนวน 6,163 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30ติดเตียงจำนวน 854 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45 ประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอบ้านไผ่ จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ 2567 จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 78,412 คน คน คิดเป็นร้อยละ 24.01จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ 2567 ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่าประชากรรวมมีจำนวน 3,468 คน ประชากรชาย 1,586 คน คิดเป็นร้อยละ 45.73 ประชากรหญิง 1,882 คน คิดเป็นร้อยละ 54.27 ประชากรผู้สูงอายุ 909 คน คิดเป็นร้อยละ 26.21 ผู้สูงอายุติดสังคม 856 คน คิดเป็นร้อยละ 94.16 ผู้สูงอายุติดบ้าน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 4.18 ผู้สูงอายุติดเตียง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 1.65 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังพบปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการ Geriatric syndromes เช่น ภาวะสมองเสื่อม หกล้ม เป็นต้น และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความสามารถในการจัดการสุขภาพลดลงและบางรายขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพเนื่องจาก มีปัจจัยแวดล้อมหลายด้าน เช่น ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความรู้ความเข้าใจที่ไม่เหมาะสม และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นต้น²

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมักจะพบปัญหายุ่งยากซับซ้อนหลายด้านและต้องการการดูแลต่อเนื่อง และต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปช่วยดูแลแก้ไขปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการจัดการ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงรายกรณีเป็นระบบการบริการที่มีคุณภาพสูงซึ่ง เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการทดสอบโปรแกรมการจัดการ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง รายกรณีจำนวน 2 ราย คือ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการประเมิน ปัญหา ความต้องการเป็นรายบุคคล ประสานงานในทีมสหวิชาชีพ วางแผน ติดตาม ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ตามแผนการดูแลที่พัฒนาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น³

บทบาทพยาบาลในการดำเนินงานครั้งนี้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษามีบทบาทในด้านการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว การเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยใช้กิจกรรมกลุ่ม (Focus group) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลภายใต้การดูแลของตนเอง เกิดการพัฒนาตนเอง เกิดความรู้สึกรู้ถึงตัวเองในตนเอง และการรับรู้ถึงชีวิตที่มีเป้าหมายและมีความหมาย เมื่อเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลภายใต้การดูแลของตนเองผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นดีที่สุดและสามารถนำไปสู่ขั้นตอนและกระบวนการของการปฏิบัติการดูแลตนเองได้จริงเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจที่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม โดยสมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเสนอแนวทางแก้ปัญหา นำไปสู่การ

เลือกและตัดสินใจ บทบาทในการเป็นผู้ดูแล (caregiver) ในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีและข้อมูลทางด้านการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ส่งเสริมความสามารถในการฝึกทักษะการดูแลด้วยตนเองที่บ้าน รวมถึงการเยี่ยมบ้านติดตามอาการผิดปกติของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง ด้วยตนเองที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว :กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่6ช.ฯ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพของโรค การรักษา การวางแผนการดูแลสุขภาพครอบครัวโดยใช้แนวคิดแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว และ

ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงโดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง มีผลการประเมิน ADL ครั้งแรก อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน (มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง) กลุ่มติดเตียง 2) ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุติดเตียงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน อย่างน้อยเป็นเวลา 3 เดือน อายุตั้งแต่ 18-65 ปี

2. รวบรวมข้อมูลโดย ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของกรณีศึกษาจากเวชระเบียน แฟ้มประวัติ การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาที่ใช้ในการรักษา ติดตามเยี่ยมในชุมชน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน การซักประวัติ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ การสังเกต และนำข้อมูลต่างๆ วิเคราะห์

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ก) คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ,2561)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ก) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ข) แบบสอบถามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ค) แบบประเมิน ADL ง) แบบประเมินคุณภาพชีวิต จ) แบบประเมิน Zarit burden ฉ) แบบประเมินความก้าวหน้าผลกดทับ ช) แบบประเมินภาวะข้อติด ซ) แบบประเมินภาวะติดเชื้อ

ผลการศึกษา :

การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบทฤษฎีกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้รับ กระบวนการพยาบาล พร้อมตรวจสอบความสอดคล้องเหมาะสมกับกรณีศึกษาแต่ละราย จากกรณีศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ รายละเอียดแสดงในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลจากกรณีศึกษา

กระบวนการพยาบาล	กิจกรรมการเสริมสร้างพลังใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว	กระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	กระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
ระยะที่ 1 เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแลหลัก ตกลงบริการ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหา วางแผน การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลร่วมกัน ใช้เวลา 2 เดือน โดยช่วงนี้จะให้ผู้ดูแลหลัก และพยาบาลนัดหมายการ ทุกสัปดาห์ และกำหนดนัดครั้งต่อไป	ครั้งที่ 1 ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง และ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยจัดเป็นกิจกรรมให้ผู้ดูแลพูดคุย แสดง ความรู้สึก ความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	1.ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง 2.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้ดูแล Empowerment ให้กำลังใจผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแลชี้ให้เห็นศักยภาพในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ	1.ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง 2.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้ดูแล Empowerment ให้กำลังใจผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแลชี้ให้เห็นศักยภาพในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ
ระยะที่ 2 เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ศักยภาพของตนเองและมีความมั่นใจในการดูแล โดยให้ผู้ดูแลทดลองฝึกด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา	ครั้งที่ 2 ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจ ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ โดยจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคล	3.ร่วมกับผู้ดูแลและทีมโภชนาการ จัดตารางรายการอาหารที่เหมาะสมกับโรค กำหนดปริมาณอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของ	3.ร่วมกับผู้ดูแลและทีมโภชนาการ จัดตารางรายการอาหารที่เหมาะสมกับโรค กำหนดปริมาณอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลจากกรณีศึกษา

กระบวนการพยาบาล	กิจกรรมการเสริมสร้างพลังใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว	กระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	กระบวนการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
12 สัปดาห์ นัดหมายการวิดีโอคอล หรือโทรศัพท์ 1-2 สัปดาห์ครั้ง แต่สามารถปรึกษา และส่งการบ้าน ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้	ประกอบด้วยการส่งเสริมความรู้ ทักษะ การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้กลับไปฝึกเองที่บ้าน	ต้องการของร่างกาย และเน้นไม่ให้ปรุงรสชาติเพิ่ม เครื่องดื่มเน้นให้หวานน้อย ไม่เติมน้ำตาลเพิ่ม 4.แนะนำการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้องและเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย 5.แนะนำทำกายภาพบำบัดยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แขนขา ข้อต่อต่างๆ การขมิบก้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และป้องกันข้อยึดเพิ่มขึ้น 6.แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบเพื่อการติดเชื้อ 7.แนะนำญาติถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 8.ตรวจสอบการกินยาและแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ร่างกาย และเน้นไม่ให้ปรุงรสชาติเพิ่ม เครื่องดื่มเน้นให้หวานน้อย ไม่เติมน้ำตาลเพิ่ม 4.แนะนำการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้องและเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย 5.แนะนำทำกายภาพบำบัดยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แขนขา ข้อต่อต่างๆ การขมิบก้น วันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อยึดเพิ่มขึ้น 6.แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบเพื่อการติดเชื้อ 7.แนะนำญาติถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 8.ตรวจสอบการกินยาและแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
ระยะที่ 3 เพื่อเสริมสร้างพลังและกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืน เป็นการทบทวนเป้าหมาย ติดตามต่อเนื่อง และประเมินผลใช้ระยะเวลา 3 เดือน เน้นการชื่นชม และให้กำลังใจผู้ดูแล Empowerment และกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ติดตามประเมินผลลัพธ์ต่อเนื่อง ทบทวนเป้าหมาย ปัญหา พร้อมปรับเปลี่ยนเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวตามความต้องการของผู้ดูแล	ครั้งที่ 3 ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจ ขั้นตอนที่ 4 การจัดการกับสถานการณ์ และ ขั้นตอนที่ 5 การคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยใช้วิธีติดตามทางโทรศัพท์ การตรวจเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	9. ติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต และตรวจเลือดตามนัด โดย Care giver และทีมสหวิชาชีพ 10. ติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 วัน และประเมินคะแนน ADL เดือนละ 1 ครั้ง	9. ติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต และตรวจเลือดตามนัด โดย Care giver และทีมสหวิชาชีพ 10. ติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 วัน และประเมินคะแนน ADL เดือนละ 1 ครั้ง
	ครั้งที่ 4 ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจ ขั้นตอนที่ 6 การจัดการกับสถานการณ์ และการเสริมสร้างพลังใจ ขั้นตอนที่ 7 การคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคล ใช้วิธีพูดคุยและแลกเปลี่ยน ข้อมูลการดูแล	11. ประสานทีมช่วยเหลือดูแล ผู้ดูแลในครอบครัว ในรูปแบบการประสานความร่วมมือของทีมเครือข่าย สนับสนุน Care Giver จากกองทุน LTC เข้ามามีส่วนช่วยดูแลในช่วงเวลาที่ ผู้ดูแลในครอบครัวไม่อยู่	11. ประสานทีมช่วยเหลือดูแล ผู้ดูแลในครอบครัว ในรูปแบบการประสานความร่วมมือของทีมเครือข่าย สนับสนุน Care Giver จากกองทุน LTC เข้ามามีส่วนช่วยดูแลในช่วงเวลาที่ ผู้ดูแลในครอบครัวไม่อยู่

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการประเมินการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยใช้

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว ทุก 1 เดือน จำนวน 5 ครั้ง ตั้งแต่แรกรับจนสิ้นสุดการทดลอง ผลลัพธ์แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว

การประเมินครั้งที่	รายการประเมิน	ผลการประเมิน	
		กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
ครั้งที่ 1 ก่อนการฝึก	1.แบบประเมิน ADLและTAI	-ADL= 0 -TAI I1	-ADL= 2 -TAI I2
	2.แบบประเมินคุณภาพชีวิต	คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
	3.แบบประเมิน Zarit burden	severe burden (>20)	mild to moderate (11-20)
	4.แบบประเมินความก้าวหน้าแผลกดทับของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) (Braden.N, 1992)	ระดับที่ 3 แผลลึกถึงชั้นไขมัน (Subcutaneous) แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตาย	15 – 18 คะแนน เริ่มมีภาวะเสี่ยง (At risk)
	5.แบบประเมินภาวะข้อติด	Grade 2 เคลื่อนไหวตามแนวราบได้เมื่อไม่มีความโน้มถ่วงต้านไว้	Grade 4 ออกแรงต้านทานได้น้อยกว่าปกติ
	6.แบบประเมินภาวะติดเชื้อ	- ON NG for feed - Lactate 5.7 mg/dL - Right basal ganglion	-
ครั้งที่ 2 (1 เดือนหลังการฝึก)	แผนการดูแลรายบุคคลระยะสั้น	-ผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้เหมาะสม -ผู้สูงอายุได้รับกายอุปกรณ์ที่จำเป็น -มีทีมสหวิชาชีพให้การช่วยเหลือดูแล	-ผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้เหมาะสม -ผู้สูงอายุได้รับกายอุปกรณ์ที่จำเป็น -มีทีมสหวิชาชีพให้การช่วยเหลือดูแล
ครั้งที่ 3 (2 เดือนหลังการฝึก)	แผนการดูแลรายบุคคลระยะยาว	-ผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้เหมาะสม -มีทีมเครือข่ายในชุมชน ให้การช่วยเหลือ	-ผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้เหมาะสม -มีทีมเครือข่ายในชุมชน ให้การช่วยเหลือ
ครั้งที่ 5 (3 เดือนหลังการฝึก)	1.แบบประเมิน ADLและTAI	-ADL= 1 -TAI I2	-ADL= 4 -TAI I3
	2.แบบประเมินคุณภาพชีวิต	คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
	3.แบบประเมิน Zarit burden	mild to moderate (11-20)	no to mind (0-10)
	4.แบบประเมินความก้าวหน้าแผลกดทับของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) (Braden.N, 1992)	ระดับที่ 3 แผลลึกถึงชั้นไขมัน (Subcutaneous) แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตาย	19 – 23 คะแนน ไม่มีความเสี่ยง (No risk)
	5.แบบประเมินภาวะข้อติด	Grade 2 เคลื่อนไหวตามแนวราบได้เมื่อไม่มีความโน้มถ่วงต้านไว้	Grade 5 เคลื่อนไหวและต้านแรงได้ตามปกติ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว

การประเมินครั้งที่	รายการประเมิน	ผลการประเมิน	
		กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
	6.แบบประเมินภาวะติดเตียง	-ญาติสามารถให้อาหารทางยางได้ไม่มีสำลัก -น้ำหนักผู้ป่วยเท่าเดิม -ไม่มีภาวะติดเตียงทางเดินปัสสาวะ -มีแผลกดทับ เกรด 1	-ผู้ป่วยสามารถดื่อกาหรกินเองได้โดยเตรียมให้ ลูกนั่งบนเตียงได้โดยญาติพยุงให้นั่ง น้ำหนักผู้ป่วยยังไม่เพิ่ม -ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดได้ตามโปรแกรมผู้ป่วยสามารถยืดเหยียดขาได้มากขึ้น -ไม่มีแผลกดทับ -มีญาติดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

สรุปกรณีศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะข้อยึดติดมีภาวะพร่องโภชนาการและ ผู้ดูแลขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตนเองญาติรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แต่ขาดความตระหนักและทักษะกระตุ้นในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ไม่มีความพร้อมด้านผู้ดูแล ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มแย่ลง ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยและญาติรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง แต่ไม่กล้าขยับตัวกลัวเจ็บตอนที่แผลยังไม่หายและขาดความตระหนักในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ดูแลพร้อมแต่ขาดทักษะและความมั่นใจ ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นคะแนน ADL เพิ่มขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมานาน จะบกพร่องในการดูแลและจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน มีภาวะพึ่งพิง ยิ่งทำให้การฟื้นฟูสุขภาพยุ่งยากซับซ้อนกว่าคนอายุน้อยๆ พยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญในการประสานการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงการดูแลได้ต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น รวมถึงการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care plan) และ Empowerment.เพิ่มความ

ตระหนักในการดูแลตนเอง (Self-Care) โดยผสมผสานบริการครบถ้วนทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน มีศักยภาพและความสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีสุขภาพดี ลดการป่วย การตาย ความพิการจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีวิธีป้องกันได้ จะทำให้มีประชาชนจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น 4.5,6

ข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพซับซ้อน จะบกพร่องในการดูแลและจัดการภาวะสุขภาพตนเอง ทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมลงเร็วกว่าคนอายุน้อยๆ มีภาวะพึ่งพิง ทำให้คนในครอบครัวมีภาระด้านต่างๆเพิ่มขึ้น ในด้านของพยาบาลชุมชน การให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องประเมินครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ถ้าพยาบาลชุมชนมุ่งให้การพยาบาลเฉพาะบุคคล ทำให้บุคคลนั้น หายจากโรคที่กำลังเป็นอยู่ แต่ถ้ากลับไปอยู่บ้านในสภาพเดิมก็อาจกลับมาป่วยอีกครั้ง ดังนั้นการ พิจารณาปัญหาของผู้ป่วยจึงควรพิจารณาปัญหาสิ่งอื่นๆ ในครอบครัวนั้นด้วย เพราะครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกันจะทำให้การพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือ การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่1; 2564.
- 2.สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น, Health Data Center. <https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
3. ทิฐินันท์ บุญเต็ม.การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะฟุ้งฟิง : กรณีศึกษา.วารสารวิชาการสำ นักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.2565;6 (11) :66-84.
- 4.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ.พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี;2560.
- 5.ดร.ทิตยาวดี อินทรางกูร. กระบวนการพยาบาลชุมชน อนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย.พิมพ์ครั้งที่ 1.บุรีรัมย์:เรวัตการพิมพ์; 2564.
- 6.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในพื้นที่ ;2559

ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวี่

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: September 19,2024 ; Revised: September 23,2024 ; Accepted: September 24,2024)

พรรณนีย์ บัวทอง¹

Thassanee Buathong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังที่ได้รับการจำหน่าย และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย และหญิง โรงพยาบาลสวี่ จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2567 จำนวน 60 คน ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการจำหน่าย และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สร้างจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด โดยการวิเคราะห์สถิติ two – way analysis of variance : repeated measure ANOVA และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า และระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่มีความแตกต่างกัน และหลังจากทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยสรุป การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และส่งผลให้ระดับน้ำตาลลดลง ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรนำการวางแผนจำหน่ายใช้ในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research aimed to compare the self-care ability perception, self-care behavior, and blood sugar level of diabetic patients before and after discharge, and to test the difference in the mean value of self-care ability perception, self-care behavior, and blood sugar level of diabetic patients between the control group and the experimental group. It was a quasi-experimental design with two groups measuring the results before and after the experiment. The sample consisted of 60 type 2 diabetic patients who were admitted to the male and female inpatient wards of Sawi Hospital, Chumphon Province, between May and August 2024. They were selected by purposive sampling according to the specified characteristics. Data were collected using a discharge record form and a questionnaire on self-care behavior of diabetic patients, created from a review of relevant documents and research. Data were analyzed using frequency, percentage, and mean and standard deviation statistics. The scores of self-care ability perception, self-care behavior, and blood sugar level were compared using two-way analysis of variance: repeated measure ANOVA and independent t-test.

The results of the research found that the group that received the discharge plan had better self-care behavior and lower blood sugar level than before the discharge plan. The mean scores of self-care ability perception, self-care behavior, and self-care behavior from the study showed no difference, and self-care behavior was not different. And after the experiment, the mean blood sugar score in the experimental group was significantly lower than the control group at the .05 statistical level.

In conclusion, discharge planning resulted in diabetic patients changing their self-care behavior for the better and resulted in lower blood sugar levels. Therefore, those involved in caring for diabetic patients should use discharge planning to

¹ พย.บ. โรงพยาบาลสวี่ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

adjust diabetic patients' self-care behavior so that diabetic patients can continuously take care of themselves, prevent complications, and have a good quality of life.

Keywords: discharge planning, self-care ability perception, self-care behavior, type 2 diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก การรักษาเป็นเพียงกาประคับประคองไม่ให้การสูญเสียการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายเท่านั้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตจากเดิม ดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation) รายงานว่า ในปัจจุบันทั่วโลก ในปี พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยเบาหวาน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 คนในทุกๆ 5 วินาที และผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 40 มีโอกาสที่จะเกิดโรคไตวายเรื้อรัง

ประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศในปี พ.ศ.2563 จำนวน 3.3 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี ในปี พ.ศ.2563 มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะเมื่อเกิดโรคแทรกซ้อนได้แก่โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด การตัดเท้าหรือขา ผลจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าคนปกติ 24 เท่า และ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า²

สำหรับโรงพยาบาลสวี่ มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 จนถึง พ.ศ.2565 มีจำนวน 1,432 ราย, 1,755 ราย และ 1,802 ราย ตามลำดับ และเสียค่ารักษาพยาบาลถึง 1,617,363 บาท, 2,079,510 บาท และ

2,356,412 บาท ตามลำดับ จาก^{3,4}การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลใน กระแสเลือด ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสวี่ให้อยู่ในระดับ 80-140 มก/ดล พบว่า มีเพียงร้อยละ 50.1 ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 14.4 อัตราการขาดน้ำตาลร้อยละ 16⁵ ในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวี่ ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสวี่ได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และเชื่อว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติเป็นสิ่งสำคัญ การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรม การดูแลตนเอง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือลดลงและสามารถลดอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ถ้าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโรคแทรกซ้อนอาจไม่ปรากฏเลย แม้จะเป็นเบาหวานมาแล้ว 10-20 ปี ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อส่งเสริม พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดอย่างมีคุณภาพ ระบบการพยาบาลที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติคือระบบการพยาบาล แบบสนับสนุนให้ความรู้ โดยใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในการดูแลตนเอง มากขึ้น การวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องแล้วยังป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงเป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ก่อน เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล รวมทั้งใช้เป็น

แนวทางในการนิเทศและพัฒนาระบบงานของ
โรงพยาบาลสวียอย่างต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อ
ผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแล
ตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลใน
เลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังที่ได้รับการ
จำหน่าย

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้
ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง
และ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่าง
กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับ
แผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถใน
การ ดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น
และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถในการ
ดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองสูง
กว่า กลุ่มควบคุม

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่ม
ทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-
experimental design) โดยการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ
3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
เสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์
โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการในการวิจัย ดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมความพร้อมการใช้แผนการวางแผน
จำหน่ายของโรงพยาบาลสวียของผู้วิจัย โดยศึกษาข้อมูล
เกี่ยวกับแผนการจำหน่ายและฝึกทักษะความชำนาญใน
การใช้การวางแผนจำหน่ายของโรงพยาบาลสวีย

2. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบสัมภาษณ์
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแก่ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2
คน ซึ่งทำหน้าที่เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ และใช้
เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด Accu-check ®

Advantage CE 0088. ที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน
เรียบร้อยแล้ว ทั้งของผู้ป่วยในชายและหญิง

3. ติดต่อประสานงานและขออนุญาต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวีย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการ
ทำวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับ
การรักษาที่หอผู้ป่วยในชายและหญิง

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของ
การเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในชายและ
หญิงทราบเพื่อให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นปฏิบัติการ

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตาม
เกณฑ์ที่กำหนด

2. จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้แนะนำตัวและขอความ
ร่วมมือในการทำวิจัย บอกวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ
วิจัย ขอความร่วมมือในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

4. เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยประเมิน
แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถในการ
ดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
และตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้แบบสัมภาษณ์
ชุดเดียวกันตั้งแต่ ในวันแรก วันจำหน่าย และหลัง
จำหน่าย 1 เดือน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

5. ผู้วิจัยได้ทำการให้แผนการจำหน่ายผู้ป่วย

6. สิ้นสุดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นผู้ป่วย
เบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในชาย และหอ
ผู้ป่วยในหญิงโรงพยาบาลสวีย ระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม
2567 – 30 สิงหาคม 2567 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling)
โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็น
โรคเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน
เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล

เนื่องจากขนาดของตัวอย่างเป็นเพียงหน่วยบางหน่วยที่
เลือกมาเป็นตัวแทนของประชากรเท่านั้น โดยการวิจัยครั้ง
นี้ผู้วิจัยจึงเลือกกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการ
ประมาณจากจำนวนประชากร ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน

มีทั้งหมด 240 ราย จึงคิดขนาดของตัวอย่างร้อยละ 25 ของประชากร (เพชรร้อย สิงห์ช้างชัย, 2534) ในการวิจัยครั้งนี้จึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน รวมตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทุกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสรี อายุ 35-70 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง พักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์อนุญาต และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการตรวจตามแพทย์นัด โดยไม่สามารถติดต่อได้ด้วยวิธีใดๆ เนื่องจากจะไม่สามารถติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดลองได้ ซึ่งจะส่งผลให้การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

เกณฑ์การยุติโครงการ ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการต่อจนเสร็จสิ้นโครงการ หรือเสียชีวิตด้วยสาเหตุใดๆ ก่อนเสร็จสิ้นโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สร้างโดย วัลลา ตันตโยทัย (2540) โดยประเมินการรับรู้และมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดและอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเท้า ตลอดจนการจัดการเกี่ยวกับความเครียด ข้อคำถามมีทั้งหมด 44 ข้อ แต่ละข้อเป็นการให้คะแนนเป็นแบบลิเคอร์ทสเกลแบบ 10 จุด คะแนนความเชื่อมั่น มีคะแนนจาก 0 – 100 แต่ละช่วงคะแนน ความเชื่อมั่นห่างกันเท่ากับ 10 คะแนน 0 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม

การดูแลตนเองต่ำ คะแนน 100 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองสูง คะแนนรวมยิ่งมากแสดงว่า มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองสูง ข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อโดยมีคะแนนระหว่าง 0 - 100 คะแนน การแปลความหมาย ของคะแนนที่ได้ แบ่งระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 81.00-100.00 หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 61.00-80.99 หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองมาก

คะแนนเฉลี่ย 41.00-60.99 หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 21.00-40.99 หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองน้อย

คะแนนเฉลี่ย 0.00-20.99 หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สร้างโดย สมศักดิ์ คำธัญญมงคลและคณะ(2540) โดยประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร จำนวน 10 ข้อ 20 คะแนน การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ 9 คะแนน การรักษาสุขภาพอนามัย จำนวน 14 ข้อ 28 คะแนน การพักผ่อนและการจัดการความเครียด จำนวน 4 ข้อ 8 คะแนน การใช้ยาและการมาตรวจตามนัด จำนวน 5 ข้อ 8 คะแนน การแปลความหมาย ของคะแนนที่ได้ แบ่งระดับค่าเฉลี่ย ของคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 59.00-73.00 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 44.00-58.99 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองมาก

คะแนนเฉลี่ย 29.00-43.99 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 15.00-28.99 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองน้อย

คะแนนเฉลี่ย 0.00-14.99 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ตรวจน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (Fasting Plasma Glucose) การวัดวิธีนี้ตรวจได้ จากการเจาะเลือดจากปลายนิ้วผู้ป่วย โดยใช้เครื่อง Accu-check® Advantage CE 0088. ที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานเรียบร้อยแล้ว ประเมินค่าระดับน้ำตาล เกณฑ์การประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดังนี้ (วีรศักดิ์ ศรีนภการ, 2543)

80-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หมายถึง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดี

120-140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หมายถึง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีพอใช้

141-180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หมายถึง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพอใช้

เกินกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หมายถึง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย แบบบันทึกการจำหน่าย คู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว สร้างจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่านและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2 ท่าน แล้วนำมาปรับแก้ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยนำคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาสำหรับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานนั้นเนื่องจากได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว จึงไม่ได้นำมาทดสอบซ้ำ **ความเที่ยงของเครื่องมือ** ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง

และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่จะทำการวิจัย จำนวน 10 คน ที่หอผู้ป่วยในชายและหญิง โรงพยาบาลสว ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์สถิติ (two-way analysis of variance : repeated measure)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร เอกสารรับรองเลขที่ 504/2567 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสว ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย โรงพยาบาลสว จังหวัดชุมพร จำนวน 30 คน มีอายุในช่วง 56-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.8 เพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาคือหย่า คิดเป็นร้อยละ 6.7 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.3 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 26.7 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาที่เป็นโรคมานานกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.4 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น คิดเป็นร้อยละ 63.4 ไม่ดื่มสุราและสูบบุหรี่

กลุ่มทดลอง พบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 55-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 เพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50 สถานภาพสมรส คู่ เป็นส่วน

ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 90 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.3 ไม่ได้ได้รับการศึกษาร้อยละ 26.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 93.3 ระยะเวลาที่เป็นโรคมะเร็งมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีโรคประจำตัวอื่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 ไม่ได้ดื่มสุราและสูบบุหรี่

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มควบคุม พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง การดูแลความสะอาดและอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเท้า การจัดการเกี่ยวกับความเครียด มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งวันแรกเริ่ม เสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ ส่วนการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งวันแรกเริ่ม เสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง การดูแลความสะอาดและอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเท้า การจัดการเกี่ยวกับความเครียด มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งวันแรกเริ่ม เสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ ส่วนการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งวันแรกเริ่ม เสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสภาพอนามัย

การพักผ่อนและการจัดการ ความเครียด การใช้ยาและการมาตรวจตามนัดหลังการทดลองเสร็จสี่สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด วันแรกเริ่ม หลังการเสร็จสิ้นทันที และหลังการเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มทดลอง พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสภาพอนามัย การพักผ่อนและการจัดการ ความเครียด การใช้ยาและการมาตรวจตามนัดหลังการทดลองเสร็จสี่สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด วันแรกเริ่ม หลังการเสร็จสิ้นทันที และหลังการเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยสถิติ Two way repeated measure ANOVA พบว่า โดยรวมคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามสี่สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = \text{value} < .001$) โดยที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อวัดในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลองแตกต่างจากระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะหลังการทดลองสี่สัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = \text{value} < .001$) ในขณะที่พบว่าผลต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่วัดภายหลังการทดสอบเสร็จสิ้นและการทดสอบเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = \text{value} = 0.358$) ส่วนผลการวิเคราะห์ในกลุ่มควบคุมโดยเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่าง 2 ระยะ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 1

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
กลุ่มควบคุม			
วันแรกเริ่ม	0.36	0.48	0.454

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันแรก รับ หลังการเสร็จสิ้นทันที และหลังการเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	0.13	0.56	0.812
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	Mean difference	Std. Error	P=value
หลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์	0.76	0.60	0.212

F=26.38, p-value<.001

เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง ด้วยสถิติ Two way repeated measure ANOVA พบว่า โดยรวมคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมดูแลตนเอง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามสี่ สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=18.18,p-value <.001) โดยที่พบว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลองเมื่อวัดใน

ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการ ทดลองแตกต่างจากระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และ ระยะหลังการทดลองสี่สัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p=value <.005) ในขณะที่ผลต่างของคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่วัด ภายหลังการทดสอบเสร็จสิ้นและการทดสอบเสร็จ สิ้น 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value = 0.358) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันแรก รับ หลังการเสร็จสิ้นทันที และหลังการเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	Mean difference	Std. Error	P=value
กลุ่มทดลอง			
วันแรก รับ	3.61	1.64	0.036*
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	4.67	1.47	0.004*
หลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์	-1.07	1.15	0.358
กลุ่มควบคุม			
วันแรก รับ	-0.26	1.27	0.836
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	-1.03	1.27	0.422
หลังการทดลองเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์	0.76	0.60	0.212

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยลดลง แสดงดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและ หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์

การวางแผนจำหน่าย	N	X	SD.	t	P-value
วันแรก รับ	30	204.63	7.99	3.65	.001*
หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์	30	132.37	6.08		

สรุปและอภิปรายผล

จากสมมติฐานที่ 1 หลังการทดลองผู้ป่วย เบาหวานกลุ่มที่ได้รับแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลใน เลือดลดลง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่

ได้รับแผนการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองมีคะแนนของค่าคะแนน เฉลี่ยของวันแรก วันเสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่ สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกันไม่มีความแตกต่าง ส่วน พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หลังจาก ทดลองแล้วพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองในวันเสร็จ

สิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากวันแรก
รับ และผลระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จากการทดลอง
พบว่า วันเสร็จสิ้นทันที และหลังเสร็จสิ้นสี่สัปดาห์
ลดลงจากวันแรก⁶⁻¹⁰

จากสมมติฐานที่ 2 หลังจากทดลองค่าเฉลี่ย
คะแนน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
พฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม
ควบคุม จากการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการ
ดูแลตนเองไม่มีความแตกต่างกัน และพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองไม่มีความแตกต่างกัน⁶⁻¹⁰

จากสมมติฐานที่ 3 หลังจากทดลองค่าเฉลี่ย
คะแนนระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่ม
ควบคุม จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับ
น้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม⁶⁻¹⁰

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยอายุ
รกรรม ควรนำแผนการจำหน่าย ไปประยุกต์ใช้ เพื่อ
ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
พฤติกรรมดูแลตนเอง ให้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่าง
เหมาะสม

1.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำคลินิก
โรคเบาหวาน ควรนำแผนการจำหน่าย ไปประยุกต์ใช้
เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
พฤติกรรมดูแลตนเอง ให้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่าง
เหมาะสม

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

2.1 คณาจารย์สถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำ
แผนการจำหน่ายในงานวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้
ประกอบการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลใน
เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานทั้งภาคทฤษฎีและ
ภาคปฏิบัติ

2.2 นักศึกษาพยาบาล ควรนำแผนการจำหน่าย
ในงานวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการฝึกประสบการณ์
วิชาชีพ เพื่อเพิ่มพูนการรับรู้ความสามารถในการดูแล
ตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง

3. ด้านการบริหารการพยาบาล

3.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้
เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลประยุกต์วิธีวางแผนการ
จำหน่ายไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิก
โรคเบาหวาน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน
เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
พฤติกรรมดูแลตนเอง ให้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่าง
เหมาะสม

3.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้
เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลนำวิธีวางแผนการจำหน่ายไป
ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพและจัดรูปแบบการให้บริการ
ด้านการเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแล
ตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเอง ให้กับผู้ป่วยเบาหวาน
อย่างเหมาะสม

4. ด้านการวิจัย

4.1 การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ
เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคหัวใจ เป็นต้น

4.2 ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วย
เบาหวานในโรงพยาบาลสว จึงทำให้มีความจำกัดในการ
นำผลการวิจัยไปอ้างอิงในผู้ป่วยเบาหวานที่อื่น ดังนั้น
ควรนำวิธีการวางแผนจำหน่ายไปใช้ในเขตพื้นที่อื่น
เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น มีพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง
ทั้งนี้เพราะทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันกำหนดและให้การ
ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องเป็นระบบซึ่งจะ
ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในด้าน
ต่างๆ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ด้านการบริหารโรงพยาบาล

1.1.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลจะต้องกำหนด
นโยบายเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายให้ชัดเจนโดยต้อง

มีการกำหนดบทบาทของแต่ละสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น

1.1.2 พยาบาลวิชาชีพ ต้องเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้งานมีคุณภาพและเกิดความต่อเนื่องของการดูแล

1.1.3 เพื่อให้แผนการจำหน่ายมีประสิทธิภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพจะต้องมีการประชุมติดตามและประเมินผลแผนการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง

1.2 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.2.1 ควรมีการนำการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานทุกราย เพราะผลการศึกษาค้นคว้าแสดงให้เห็น

ว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น มีระดับน้ำตาลลดลง

1.3 ด้านการวิจัย

1.3.1 การศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาลนานขึ้นเป็น 4 เดือน 6 เดือน ตามลำดับ

1.3.2 ควรศึกษาซ้ำเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานถึงผลของการวางแผนจำหน่าย ต่อต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล

1.3.3 ควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่า HbA1C > 7.5%

เอกสารอ้างอิง

3. เวชสถิติโรงพยาบาลสว. (2563, ตุลาคม). รายงานผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [เอกสารนำเสนอในที่ประชุม]. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2563, โรงพยาบาลสว.
4. เวชสถิติโรงพยาบาลสว. (2564, ตุลาคม). รายงานผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [เอกสารนำเสนอในที่ประชุม]. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2564, โรงพยาบาลสว.
5. เวชสถิติโรงพยาบาลสว. (2565, ตุลาคม). รายงานผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [เอกสารนำเสนอในที่ประชุม]. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2565, โรงพยาบาลสว.
6. วัลลา ตันตโยทัย และอดิสร สงดี. (2540). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4 (พิมพ์ครั้งที่ 8). หจก. วีเจ พรินติ้ง จำกัด.
7. กฤษดา แสงดี ธีรพร สติธองกุล และเรวดี ศรีนคร. (2539). แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
8. วัลลา ตันตโยทัย. (2540). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ฟังอินชูลิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. สมศักดิ์ คำธัญญมงคลและคณะ. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอ บางระกำ จังหวัด พิษณุโลก. รายงานการวิจัย.
10. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ขันกลีขิต, ทศนีย์ นะแสง. (2534). หลักการและกระบวนการ. เอกสารประกอบการสอนของ มูลนิธิมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วิจัยทางการพยาบาล.
1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพฯ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อไร่ต่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์. ศรีสมัย วิบูลยานนท์. (2540). อาหารผู้ป่วยเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน Diabetes diet and diabetic complications. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
11. วีระศักดิ์ ศรีนภากร. (2553). การประเมินผลการควบคุมเบาหวาน. ใน วีระศักดิ์ ศรีนภากร, ชัญญาณี ติโรจนวงศ์, ทองคำ สุนทรเทพวรากุล, และ สถิต นิรมิตมหาปัญญา (บรรณาธิการ), โรคเบาหวาน (หน้า 24-35). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
11. Lowenstein, A.J., & Holf. P.S. (1994). Discharge planning : A Study of Nursing Staff Involve. Journal of nursing Administration , 24 (4) , 45-50
2. 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

ประสิทธิผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด

Effectiveness of Risk Assessment and Nursing Practice Guidelines to Prevent Early Postpartum Hemorrhage in Vaginal Delivery Patients.

(Received: September 19,2024 ; Revised: September 23,2024 ; Accepted: September 23,2024)

รุ่งตะวัน อัยวรรณ¹

Rungtawan Aiyawan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) นี้เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือด อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 – พฤษภาคม 2567 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่บันทึกภาวะสุขภาพ (การสูญเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอด) และรายงานการคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ที่บันทึกในโปรแกรม HOSxP แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 15 คน กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 15 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดอย่างน้อย 12 เดือน จำนวน 5 คน เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แบบประเมินความเสี่ยง และแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบอุบัติการณ์ตกเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อมูลที่ได้นำมาทดสอบวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกแตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p = .000$) กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีอัตราการรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในระดับมาก 5 คน (ร้อยละ 100) โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้นโยบายได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

ABSTRACT

This quasi experimental research was to compare bleeding rates. Severity rate of postpartum hemorrhage and nurses' satisfaction with the use of risk assessments and nursing practices to prevent early postpartum haemorrhage in vaginal births. Songdao Hospital Sakon Nakhon Province Data were collected between October 2023 - December 2023. The population used in the research is information in the electronic medical record that records health conditions. (blood loss from vaginal birth) and birth report of mothers who gave birth vaginally Recorded in the HOSxP program was divided into 2 groups: 15 people before using the guidelines, 15 people after using the guidelines, and 5 nurses who had worked in the delivery room for at least 12 months. The research tool was the medical practice guidelines. Clinic for the prevention of early postpartum hemorrhage Risk assessment form and satisfaction questionnaire for nurses General data were analyzed using descriptive statistics. and comparing the incidence of hemorrhage before and after the implementation of the clinical guidelines. The data were analyzed using Fisher's exact probability test.

¹ งานการพยาบาลผู้ห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม

The research results found that Group of vaginal births who received care using risk assessments and guidelines. The rate of early postpartum hemorrhage was different from the vaginal birth group who received normal care ($p = .000$). The vaginal birth group received care using a risk assessment and guidelines. Practice etc. The rate of severity of postpartum hemorrhage in the first period was significantly lower than that of the vaginal birth group who received normal care ($p = .000$). Nurses were satisfied with the use of the evaluation form. Risks and guidelines were at a high level, 5 people (100 percent). 100 percent of nurses were of the opinion that these guidelines can prevent early postpartum hemorrhage in the delivery room, including being able to follow all points. and can use the guidelines continuously

Keywords: postpartum hemorrhage nursing practice guidelines Assessment of bleeding risk

After birth

บทนำ

การเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้คลอด ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก (WHO, 2014) อัตราการเสียชีวิตแต่ละประเทศแตกต่างกันตามความพร้อมของทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้รับบริการ สำหรับประเทศไทย ปีงบประมาณ 2562-2564 พบอัตราส่วนการตายผู้คลอดเท่ากับ 19.98, 23.10 และ 41.20 ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ ซึ่งยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตผู้คลอดไทยส่วนใหญ่ ยังคงเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ในปี 2562 ประเทศไทยรายงานผู้คลอดเสียชีวิต จากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 21.62 ส่วนใหญ่การตกเลือดหลังคลอด มักเกิดขึ้นทันทีภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, 2557) แบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป และระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป¹ ผลกระทบของภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากทำให้เกิดภาวะช็อค บางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าปกติ เช่น ขูดมดลูก ตัดมดลูก เป็นต้น หากการเสียเลือดยังดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ผู้คลอดจะเกิดภาวะช็อค การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดน้อยลง ทำให้เกิดไตวาย หัวใจล้มเหลว เลือดไม่แข็งตัว ชี้อาณิน

ให้เกิดไตวาย หัวใจล้มเหลว เลือดไม่แข็งตัว ชี้อาณิน โดรม และรุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิตในที่สุด²

นอกจากนี้การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกยังส่งผลกระทบต่อในระยะยาวทำให้ผู้คลอดเกิดภาวะโลหิตจาง สภาพร่างกายอ่อนแอและมีระบบภูมิคุ้มกันต่ำของร่างกายต่ำลงอีกด้วย³ สำหรับผลกระทบต่อด้านจิตสังคม เมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด ต้องการการพักผ่อนมีโอกาสดำเนินการคุกคามจากเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตในด้านการดูแลรักษาเช่น การเจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น มีผลทำให้ผู้คลอดเกิดภาวะเครียดได้ง่ายมีความกลัวการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้นวิตกกังวลว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ ผู้คลอดจะไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้คลอดในระยะหลังคลอดได้เหมาะสมซึ่งจะมีผลทำให้บุตรไม่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่ที่เหมาะสมและเพียงพอ เมื่อต้องพักรักษาใน โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจตามมา⁴ บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการประเมิน การวินิจฉัย และให้การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ดังนั้นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่สำคัญ คือ วิธีการดูแลในระยะที่สามของการคลอดด้วยการจัดการการคลอดแบบก้าวหน้า (active management) โดยการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การหนีบสายสะดือ โดยเร็วหลังทารกคลอด และทำคลอดด้วยวิธีการควบคุมการ

ดึงสายสะดือทารก (controlled cord traction) สามารถลดอัตราการตกเลือดในระยะหลังคลอดได้ การนำแนวทางการจัดการกับการตกเลือดในระยะหลังคลอด โดยการดูแลในระยะที่สามของการคลอด ด้วยการจัดการการคลอดแบบก้าวหน้าร่วมกับเพิ่มการคลึงมดลูกหลังจากที่รกคลอดแล้วประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดพบว่าสามารถลดการสูญเสียเลือด ลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกลดภาวะซีดหลังคลอด ลดการได้รับเลือด และลดการได้รับยา อีกทั้งเมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกขึ้น สามารถวินิจฉัยและตามทีมผู้รักษาพยาบาลเมื่อสูญเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ได้อย่างรวดเร็ว⁵

โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกห้องคลอดจำนวน 5 คน โรงพยาบาลแห่งนี้ไม่มีสูติแพทย์ ไม่มีกุมารแพทย์ มีผู้รับบริการคลอดเฉลี่ย 30-50 รายต่อปี กรณีผู้คลอดมีภาวะเสี่ยงสูงมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ หรือในระยะคลอดจะได้รับการประสานและส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลพระยุพราชสว่างแดนดิน จากสถิติการคลอดโรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม ปีงบประมาณ 2563-2565 พบผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 5.22, 4.85 และ 4.65 ตามลำดับ ซึ่งอัตราตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้น และสูงเกินกว่าเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดไว้ ไม่เกินร้อยละ 5.0 จากปัญหาอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่มีแนวโน้มสูงขึ้นและการตกเลือดหลังคลอดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้คลอดเสียชีวิตผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาระบบบริการการพยาบาลผู้คลอดที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน เพื่อแก้ไขและลดอุบัติการณ์ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด อัตราเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด จึงได้ทบทวนวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการ

ตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC)⁶ และการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ การจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of labour (AMTSL)⁷ โดยหลักในการปฏิบัติประกอบด้วย 1) การบริหารยา uterotonic drugs เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก 2) การทำ controlled cord traction เพื่อคลอดรก และ 3) uterine massage ภายหลังการคลอดรก⁸ สามารถลดปริมาณเลือดที่เสียไปจากการคลอดและลดอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากถึง 60% รวมทั้งลดความต้องการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเมื่อมีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากถึง 50%⁹ และมีหลายการศึกษาที่นำ AMTSL มากำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแล้วพบว่าสามารถช่วยลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด/ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดได้⁸

งานห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร จึงได้นำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC)⁸ และนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามหลัก AMTSL มาใช้ในการดูแลผู้คลอดที่มาใช้บริการคลอดทางช่องคลอด โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2566 แต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลการดำเนินงาน สำหรับนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการทางสูติกรรม โดยคาดหวังว่าจะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้นอกจากนั้นยังเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถศึกษารายละเอียด นำไปใช้ดูแลผู้คลอดในทุกๆ

ของการคลอดและใช้ประกอบการตัดสินใจช่วยเหลือผู้คลอดได้อย่างรวดเร็วลดความรุนแรงจากการเสียเลือดส่งผลให้ผู้คลอดปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ และยกระดับคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกภายหลังการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือด อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 - เดือนพฤษภาคม 2567 มีวิธีดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ

ข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร ที่บันทึกข้อมูลทั่วไปภาวะสุขภาพ (การสูญเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอด) และรายงานการคลอดของผู้คลอดที่ คลอดทางช่องคลอดที่บันทึกในโปรแกรม HOSxP แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ ข้อมูลผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - เดือนมกราคม 2567 จำนวน 15 คน

กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร ระหว่างกุมภาพันธ์ 2567 - เดือนพฤษภาคม 2567 จำนวน 15 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าและออกจากการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษา และเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ 1) ผู้คลอดที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 3) อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์ 4) ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด 6) มีความประสงค์ที่จะคลอดด้วยตนเอง 7) มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้คลอดที่เข้าร่วมการศึกษาแล้วมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องเนื่องจากความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้ากว่าปกติ มีภาวะไม่ได้สัดส่วนระหว่างศีรษะ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดการทำ Active management of third stage (AMTSL) หลักการดูแลในระยะที่ 3 ของการคลอดตามแนวทางของ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (WHO, 2012) ดังนี้ ฉีดออกซิโทซิน 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อหลังทารกคลอดรอ 1-3 นาที แล้วใช้ clamp หนีบ

สายสะดือ แล้วตัดสายสะดือ จากนั้นทำคลอดด้วยวิธี controlled cord traction ที่พัฒนาโดยคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้คลอด ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและคำถามแบบปลายเปิด โดยให้เติมข้อมูลลงในช่องว่าง

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด เป็นการสอบถามความคิดเห็นด้านความสามารถป้องกันการตกเลือด ด้านความสามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ ด้านความสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และระดับความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด รูปแบบของคำถามประกอบด้วยคำถามแบบปลายปิด (close-ended questions) ให้เลือกตอบ คือ ระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบความรู้สึก ได้แก่ ความพึงพอใจระดับน้อย ระดับปานกลาง และความพึงพอใจระดับมาก การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการศึกษา

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดการทำ Active management of third stage (AMTSL) และแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม จำนวน 1 ท่าน พยาบาลสาขาการสูติกรรม จำนวน 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน 1 ท่าน เมื่อได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC แล้วคำนวณค่าดัชนีความ

ตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยกำหนดระดับการให้คะแนนความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ ค่า CVI มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1.00 ค่า CVI สำหรับเครื่องมือใหม่ 0.7 ขึ้นต่ำที่ยอมรับได้คือ 0.80 (Polit et al, 2001) ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดความรู้เท่ากับ .79, .88 และ .91 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดกับพยาบาลซึ่งมีลักษณะประชากรและสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 10 คนทดสอบความเชื่อมั่นใช้วิธีครอนบาค (Cronbach) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร เพื่อขอข้อมูลทำการศึกษาวิจัย

1.2 ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

1.3 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการรวบรวม ข้อมูล และขอความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

2. ขั้นตอนปฏิบัติการ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 จัดประชุมกลุ่มทีมผู้ดูแลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.2 รวบรวมอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด โดยประสานกับงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร

ให้ดึงข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม HOSxP เฉพาะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – เดือนมกราคม 2567 จำนวน 15 คน สำหรับนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนผู้คลอดหลังคลอดที่มีการเสียเลือดทางช่องคลอดปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) และสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนผู้คลอดหลังคลอดที่เกิดภาวะช็อก หรือถูกตัดมดลูก หรือเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด) ในช่วง 3 เดือน ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปเปรียบเทียบกับอัตราการตกเลือดและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกหลังคลอด 4 เดือน หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 – เดือนพฤษภาคม 2567

3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและมอบแบบสอบถาม ความพึงพอใจให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง

4. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป อัตราผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราผู้คลอดที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ใช้สถิติในการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบอุบัติการณ์ตกเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อมูลที่ได้นำมาทดสอบ วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษานี้ผู้ศึกษานำโครงการการค้นคว้าแบบอิสระผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร แล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตถึงคณบดีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อค้นคว้าแบบอิสระวิธีการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ จากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์จะตอบตกลงหรือปฏิเสธในระหว่างที่เข้าร่วมทำการศึกษามีสิทธิ์ยกเลิกการศึกษาในครั้งนี้โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดผู้ศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มก่อนใช้นโยบายได้แก่ ข้อมูลผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – เดือนมกราคม 2567 จำนวน 15 คน และกลุ่มหลังใช้นโยบายได้แก่ ข้อมูลผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 – เดือนพฤษภาคม 2567 จำนวน 15 คน โดยพบว่ากลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20–29 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 53.33) โดยมีอายุเฉลี่ย 26.9 ปี ตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 33.33) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. (ร้อยละ 53.33) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.00) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 93.33) สำหรับกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่

คลอดทางช่องคลอด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20–29 ปี (ร้อยละ 33.33) อายุเฉลี่ย 27.3 ปี ตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 53.33) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.33) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.00) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 93.33)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 15 คน มีการตกเลือดหลังคลอด 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 15 คน มีการตกเลือดหลังคลอด 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนการตกเลือดแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เมื่อเปรียบเทียบอัตราผู้คลอดที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 15 คน มี

จำนวนการได้รับเลือดทดแทนหลังคลอด 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 และกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดจำนวน 15 คน มีจำนวนการได้รับเลือดทดแทน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0 เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดมีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด จากการศึกษา พบว่า พยาบาลที่ทดลองใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอด จำนวน 5 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอด ในระดับมาก 5 คน (ร้อยละ 100) โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้นำปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่อง

คลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน
อูตโตโม จังหวัดสกลนคร มีอัตราการตกเลือดหลัง
คลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตก
เลือดหลังคลอดในระยะแรกลดลง

ด้านอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก
ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่
ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนว
ปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด
หลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่อง
คลอดมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก
แตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการ
ดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็น
ฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่า มี
สัดส่วนการตกเลือดแตกต่างกันที่สำคัญทางสถิติ
($p < .05$) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ
รสุสนันท์ จันทรดาประดิษฐ์และสร้อย อนุสรณ์ธิกุล¹⁰
ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ถุงพลาสติก
แผ่นฟิล์มวัดปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด
พบว่าปริมาณเลือดที่ประเมินโดยการใช้ถุงตวงเลือด
มากกว่าปริมาณเลือดที่ได้จากการประเมินด้วยการ
คาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสัดส่วนของมารดาที่สูญเสียเลือดมากกว่า
300 มิลลิลิตร และ 500 มิลลิลิตร จากการประเมิน
ปริมาณเลือดโดยการใช้ถุงตวงเลือดมากกว่าการ
ประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การใช้ถุงตวงเลือดใน
การประเมินปริมาณเลือดได้ประสิทธิภาพมากกว่า
การประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่าง
ชัดเจน

ด้านอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลัง
คลอดในระยะแรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้คลอด
ทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมิน
ความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ
ป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอด
ที่คลอดทางช่องคลอด มีอัตราความรุนแรงของการ
ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอด
ทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ
ทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ (Fisher's exact

probability) พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดย
ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนความ
รุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อย
กว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < .05$) ผลการวิเคราะห์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า
เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าการดูแลผู้คลอด
โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการ
ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ทำให้ผู้คลอดทุกรายได้
รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด
และใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรกตามหลัก AMTSL ในการตัดสินใจในการ
ปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนการดูแลมารดาที่มา
รับบริการคลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่
ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากห้องคลอด ส่งผล
ให้ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทาง
คลินิกมีอัตราการตกเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาของ จิตร ลิทธิอมร, อนุวัฒน์ศุภชุติกุล,
สงวน สันรัตนเลิศ, เกียรติศักดิ์ ราชปรีรักษ์¹¹
ผลการวิจัย พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้
แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนความ
รุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อย
กว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < .05$)

พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ
ทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลพระอาจารย์วัน
อูตโตโม จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า พยาบาล
มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
สำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
ในห้องคลอด ในระดับมาก 5 คน (ร้อยละ 100) โดย
พยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติ
ดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลัง
คลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติ
ตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้นำแนวปฏิบัติได้อย่าง
ต่อเนื่อง ผลการวิเคราะห์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า
เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าการนำแนวปฏิบัติ
ที่มีความน่าเชื่อถือ ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถ
นำมาปฏิบัติได้จริง เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการ

ส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสู่การปฏิบัติในคลินิก รวมทั้งการรับการเตรียมในด้านเนื้อหาและวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกจากผู้ศึกษา ตลอดจนการได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมกับการปฏิบัติในหน่วยงาน ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม เห็นถึงความเหมาะสม และความชัดเจนของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้ทีมพยาบาล ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนที ศิริมาศและคณะ¹² ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในโรงพยาบาลสกลนคร¹³ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผลลัพธ์จากการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาล คือ มีระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจนและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 85 และนำแนวปฏิบัติมาใช้ร้อยละ 97.3

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอดไปใช้ ควรมีการประเมินความ

พร้อมของหน่วยงานเกี่ยวกับทีมพยาบาล ผู้คลอด สถานที่ และอุปกรณ์ก่อนเสมอ และควรมีการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการทำคลอดรกแบบควบคุมการดึงสายสะดือจนชำนาญ เพื่อให้การบริการเกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

2. การนำการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอดไปใช้ จะต้องมีการติดตามประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานนั้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอด

3. ควรทำความเข้าใจการใช้นโยบายประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอดกับทีม พยาบาลก่อนนำไปใช้และมีการศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันทำให้เกิดผลดีมีประสิทธิผลต่อผู้คลอด รวมทั้งควรมีการเผยแพร่องค์ความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ที่ได้ให้แก่หน่วยงานอื่นและผู้สนใจอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program.Primary postpartum hemorrhage. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline[Internet]. 2012[cited 2023 Mar 5]; Available from:<http://www.health.qld.gov.au/qcg>.
2. MicheletD, Ricbourg A, Rossignol M, Schurando P, Barranger E. Emergency hysterectomy for lifethreatening postpartum hemorrhage: Risk factors and psychological impact. Gynecologic Obstetric and Fertilities 2015;43(12):773-779.
3. Anderson, J. M., & Etches, D. (2007). Prevention and management of postpartum hemorrhage. International Journal of American Family Physician, 75, 875-882.
4. สุสันทา ยิ้มแย้ม. (2560). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์และ ฉวี เบาทรวง, บรรณาธิการ.การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. (หน้า 321-332). เชียงใหม่:สมาร์ตโคตรดีจ แอนด์ เซอร์วิส.

5. lamchareon T. Postpartum hemorrhage: Significance of nurse's roles in prevention. APHEIT Journal 2017; 6(2): 146-57
6. Bing D, Melsop K, Main E. CMQCC obstetric hemorrhage hospital level implementation guide. California: Stanford University; 2010.
7. Pomsak Satapornteera, Sakda Arj-Ong, Oraphan Aswakul. Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage of Singleton Pregnancy in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 2012;20:21-28.
8. WHO. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2012.
9. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ. ตำราภาวะฉุกเฉินทางสูติ - นรีเวช. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
10. รสสุคนธ์ จันทร์ดาประดิษฐ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. ประสิทธิภาพของการใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์มวัดปริมาณ การสูญเสียเลือดหลังคลอด[อินเทอร์เน็ต].2558[เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค.2566].เข้าถึงได้จาก: http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1952
11. จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตikul, สงวนสิน รัตนเลิศ, และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2543).Clinical practice guideline: การจัดทำและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
12. ณฐนนท์ ศิริมาศ,ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพงศ์พรรณ พาดกลาง, จีรพร จักขุจินดา. การพัฒนาระบบการดูแล หญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการ ดูแลสุขภาพ 2557;32(2):37-46.
13. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาตา วิภวกันต์, อารีกิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลัง คลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้2559;3(3):127-141.

การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

Development Stroke Prevention Guideline for Uncontrolled Hypertension Patients in Tawanghin Primary Care Cluster, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 20,2024 ; Accepted: September 21,2024)

เรืองศิริ เจริญพงษ์¹

Ruangsir Charoenphong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจจากแบบสอบถามและการทำ Focus group มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดย content analysis ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 60.00 การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง 2 ด้าน คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 80.13 และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 82.67 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.00 และแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประกอบด้วย คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การสอนการใช้คู่มือ การจัดทำมีระบบการติดตามประเมินภาวะเสี่ยง การพัฒนาความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถจัดการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และการสะท้อนผลการพัฒนาแนวทางและผลการปฏิบัติตามแนวทาง

คำสำคัญ: แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง,ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

Abstract

This research was survey research using questionnaires and focus groups. The objectives are to analyze the situation of stroke prevention guidelines in hypertensive patients who cannot control their blood pressure and to develop a care system for hypertensive patients at the Tha Wang Hin Family Clinic, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. The patients at risk of stroke who are hypertensive patients who cannot control their blood pressure are 30 people. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the study found that the sample group had knowledge about cerebrovascular disease at 60.00 percent. Individuals' perception about cerebrovascular disease was at a moderate level in all aspects. Social support for cerebrovascular disease prevention was at a high level in 2 aspects: social support from family with an average of 80.13 percent and social support from public health officers with an average of 82.67 percent. Stroke prevention behavior was at a moderate level, accounting for 60.00 percent. And the guidelines for stroke prevention in hypertensive patients with uncontrolled blood pressure at the Tha Wang Hin Family Clinic, Saraphithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, consist of a stroke prevention manual for hypertensive patients with uncontrolled blood pressure, instruction on how to use the manual, setting

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญานุ คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

up a risk assessment and monitoring system, developing community strength to be able to manage surveillance and prevention of stroke in the community, and reflecting the results of guideline development and results of implementation of the guidelines.

Keywords: stroke prevention guidelines, hypertensive patients with uncontrolled blood pressure

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอัมพาตโลก ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 17 ล้านคน ส่งผลทำให้เกิดความพิการ 5 ล้านคน มีผู้เสียชีวิต 6.5 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุจากการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี¹ นอกจากนี้ยังพบว่า โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Health Organization, 2017) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2558- 2562 พบว่า มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 43.3, 48.7, 47.8, 47.1, และ 53.0 ตามลำดับ² ส่วนอัตราป่วย พบว่าจากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 451.4, 467.5, 506.2 และ 542.5 ตามลำดับ³ หากพิจารณาอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนตามเขตสุขภาพในภาคเหนือ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 สูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา เขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 3 เท่ากับ 79.9, 75.63 และ 60.79 ตามลำดับ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนัก

โรคไม่ติดต่อ, 2559) เมื่อพิจารณาปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จากโรคและการบาดเจ็บของประชากรพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 ในเพศชายรองจากอุบัติเหตุจราจร และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง รองจากโรคเบาหวาน⁴ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการในสภาพอัมพฤกษ์ อัมพาต อาจสูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว และความสามารถทางสมอง เมื่อ เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกายย่อมส่งผลถึงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะอารมณ์ไม่ปกติเป็นแบบสองชั้น กลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว ทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ

ใน พ.ศ.2551 มีการสำรวจค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,629 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 129,571 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรวม 5 แสน คนต่อปี มารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี⁵ เมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2562 ตามกลุ่มอายุ (ต่ำกว่า 15 ปี, 15-39 ปี, 40-49 ปี, 50-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราป่วยตายเท่ากับ ร้อยละ 0.01, 0.07, 0.30, 0.74 และ 2.14 และมีอัตราป่วยเท่ากับ ร้อยละ 1.97, 2.47, 3.15, 3.34, และ 3.34 ตามลำดับ⁶ จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า พบในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุในโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง โดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund: UNFPA) และองค์การเฮล์เพจ อินเตอร์เนชันแนล (Help Age International) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในทั่วโลกจำนวน 901 ล้านคน หรือร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 1,402 ล้านคน หรือร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ได้มีการคาดการณ์ไว้ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 2,092 ล้านคน หรือ ร้อยละ 21.5 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2593 องค์การสหประชาชาติได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมสูงอายุของแต่ละประเทศไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ การก้าวสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ต่อมาระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super aged society) มีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

สำหรับประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งประเทศ เห็นได้ว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จากการคาดการณ์ประชากรของไทย พบว่า ภายในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์และในปี พ.ศ. 2575 จะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มที่⁷ จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้มีโอกาสพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก⁸ ที่พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งโรกระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวานตามลำดับ

ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง อัตราเสี่ยงโรคของผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติราว 4-6 เท่า และโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือดได้ โดยอัตราเสี่ยงของผู้ป่วย ภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติ 2-3 เท่า⁹ จากข้อมูลความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พบว่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ. 2535 มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปีพ.ศ. 2557 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) และโรคเบาหวาน พบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2557¹⁰ เป็นข้อมูลที่ชัดเจนว่าทั้งสองโรคนี้มีความชุกที่เพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยเฉพาะประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ จากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 (Thailand lifestyle healthy strategic plan 2011-2020) ได้จัดให้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นสองในห้าโรคของกลุ่มโรควิถีชีวิตภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นภาวะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังของหลอดเลือดสมอง มีการหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดแดงจะตีบแคบลงจนถึงขั้นอุดตันได้ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองขาดเลือดจนถึงขั้นเนื้อสมองตาย และนอกจากนี้ยังทำให้หลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ที่สมองโป่งพองออกเป็นกระเปาะเล็ก ๆ ถ้าระดับความดันโลหิตขึ้นสูงมาก ๆ ผลของหลอดเลือดแดงในสมองอุดตันหรือหลอดเลือดแดงในสมองแตกทั้ง 2 ภาวะดังกล่าวเรียกว่า โรคหลอดเลือดสมอง¹¹ ซึ่งถ้าเป็นแล้วจะส่งผลต่อผู้ป่วย ครอบคลุม สังคมและเศรษฐกิจ เช่น แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้าง ปากเบี้ยวข้างใดข้างหนึ่ง ปวดศีรษะมาก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ความจำเสื่อม กลืนลำบาก ลึ้นแข็ง อารมณ์ซึม เกิดความรู้สึกอัดอั้นคับข้องใจ รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง เป็นภาระให้แก่ครอบครัวทำให้ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตลดลง ภาวะซึมเศร้าทำให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ผู้ที่ยังอยู่ในวัย

ทำงานมักไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้สูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูง⁵ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดในบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงไม่ดูแลตนเองด้านขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความอ้วน มีน้ำหนักตัวมาก เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเป็นโรคเบาหวานตามมา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเสพสารเสพติด⁹ จากการศึกษาของณัฐกร นิลเนตร¹² พบว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากหลายด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่เป็นประจำ และการศึกษาของยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม¹³ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ดีด้านการควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ พบปัญหาการนอน การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ และการศึกษาของกานต์ธิดา กำแพงแก้ว วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวินัส ลิฬหกุล¹⁴ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เคยปฏิบัติเลย คือการออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อาทิเช่น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก¹⁵ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

หลอดเลือดสมอง ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง¹⁶ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น จะเห็นได้ว่าจากรายงานการศึกษาได้มีผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) จึงนำมาประยุกต์ใช้การจัดทำกรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) Becker and Maiman¹⁷ ได้กล่าวว่า ความเชื่อนั้นจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค คือ เมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) และรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ก็จะทำให้แรงผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงไม่ให้ตนเองเกิดโรค และบุคคลนั้นจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมได้มากขึ้นหากเกิดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits) มากกว่าผลเสียหรือมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived barriers) ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาหรืออุปสรรคต่างๆ ขัดขวางน้อย นอกจากนี้บุคคลนั้นจะเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหากได้รับสิ่งกระตุ้นจำเป็นในกระบวนการตัดสินใจหรือเรียกว่าสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งกระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค และปัจจัยร่วม

(Modifying factors) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และ ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็น ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพล ต่อการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรค

คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อำเภอมะนัง จังหวัด อุบลราชธานี มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้น ทะเบียน รวมทั้งสิ้น 892 คน พบว่าในช่วงระหว่าง เดือนตุลาคม 2565-เดือนมกราคม 2566 มีผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้ จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 20.51¹⁸ จากข้อมูลการสัมภาษณ์เบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด โรค หลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลไม่ทราบว่าสมาชิกใน ครอบครัวมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง ระบบการดูแลผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน โดยการ แจ้งผลการตรวจคัดกรองให้ผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม การนำผลการตรวจคัดกรองไปใช้ในการวางแผน ให้บริการกลุ่มเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง และการ สนับสนุนการให้ความรู้ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนตาม ระดับความเสี่ยง การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและ ติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชนไม่ครอบคลุม ไม่มี อสม. ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และชุมชนไม่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมอง จึงทำให้ไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ทำให้การ ดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่อเนื่อง ซึ่ง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดัน โลหิตไม่ได้ จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้มากกว่าคนปกติ การเข้าใจและรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยตามความเป็นจริงจึงเป็น สิ่งที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูล เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ชัดเจน การ บริการเชิงรุกในชุมชนที่ยังไม่ทั่วถึง การที่กลุ่มเสี่ยง เข้าไม่ถึงบริการและการขาดการต่อเนื่องในการ ฟันฟูสุขภาพเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งเสริมให้พฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดลง 5 และจาก การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดูแล โรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model) พบว่าเป็นแนวคิดที่สามารถนำไปใช้ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ครบในทุกมิติทั้ง ส่วนของตัวผู้ป่วย หน่วยบริการ และการมีส่วนร่วม ชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการ จัดการโรคเรื้อรังภาคขยายมาใช้ในการพัฒนาแนว ทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ให้มีความชัดเจน มากยิ่งขึ้น ซึ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะ ช่วยให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น สามารถ สะท้อนการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ และ สามารถส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วม ของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพและชุมชนในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของ คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพ สิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจจาก แบบสอบถามและการทำ Focus group โดยศึกษา ในกลุ่มเป้าหมายที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถ

ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เจ้าหน้าที่ สหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบดูแลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน ชุมชนท่าวังหิน เขตพื้นที่บริการของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้แก่

1. การสัมภาษณ์ สทนากลุ่มในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน และมีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการออกหน่วยให้บริการในชุมชน

2. การศึกษาความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

3. การศึกษาการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

4. การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

6. การกำหนดแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่พัฒนาขึ้นได้แนวทางโดยการสัมภาษณ์ สทนากลุ่มในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน และมีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการออกหน่วยให้บริการในชุมชน แล้ว

นำข้อมูลสถานการณ์มาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ กลวิธีในการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

3. แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

4. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) การหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ ทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีตัวแปร และพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่านวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ จุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) หลังจากนั้น นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรของ Rovinelli and Hambleton¹⁹ การ

พิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตร จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีเกณฑ์การพิจารณา คือ ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ได้ แต่ถ้าข้อคำถามใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรตัดทิ้งหรือพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ ที่ได้ปรับแก้ไขจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของการสัมภาษณ์แบบมี โครงสร้างความรู้โรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สูตรครุเดอร์ -ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมาวิเคราะห์ความเที่ยงของการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป¹⁹

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่เป็นส่วนของข้อมูลทั่วไปของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการถอดข้อมูล ตีความจากข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม กำหนดรหัสข้อมูล วิเคราะห์ข้อความคำตอบ คำอ่านวิเคราะห์ทำความเข้าใจและจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ในแต่ละประเด็นที่ศึกษา ซึ่ง

ผู้วิจัยดำเนินการไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษารั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.67 มีอายุระหว่าง 50-60 ปี อายุเฉลี่ย 57 ปี สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.67 และประกอบอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,100 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.67 โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,500 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.00 มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ ร้อยละ 30.00 มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และร้อยละ 10.00 มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่นๆ ประวัติโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (ญาติสายตรง) พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.33 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 46.67 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดสมอง

2. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.00 มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 26.67 มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 13.33 มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ

3. การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางทุกด้าน โดยพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ของบุคคลร้อยละ 77.12 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ของบุคคลร้อยละ 73.67 และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ของบุคคลร้อยละ 72.38

4. แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 80.13 และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 82.67 และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่ออยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 73.28 และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 73.28 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ของบุคคลร้อยละ 78.83

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 23.33 และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยร้อยละ 16.67 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

6. แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่พัฒนาขึ้นได้แนวทางดังนี้

6.1 แนวทางในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี คือ คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

6.2 มีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการสอนการใช้คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการตามนัดในคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน

6.3 จัดให้มีระบบการติดตามประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการตรวจคัดกรอง ทุก 1 เดือน โดยมีทีม

ออกติดตามเยี่ยม ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ สหวิชาชีพ ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้นำชุมชน ติดตามประเมินผู้ป่วยซึ่งจะเป็นรูปแบบของการติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังได้รับการตรวจคัดกรองตามระดับความเสี่ยงได้แก่ เสี่ยงสูงมาก เสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงน้อย

6.4 ระบบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแยกเป็นรายคุ้มของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อความสะดวกในการนำไปใช้ติดตามดูแลผู้ป่วย จัดกลุ่มรายชื่อในทะเบียนตามระดับความเสี่ยงพร้อมระบุปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และส่งต่อข้อมูลทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้กับเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้นำชุมชนที่รับผิดชอบประจำหมู่บ้าน

6.5 การพัฒนาความเข้มแข็งให้ชุมชน สามารถจัดการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีการดำเนินการให้ความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้นำชุมชน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการ และวิธีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยอบรมการใช้ แอปพลิเคชัน Thai CV risk score ในการตรวจคัดกรองผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกการใช้ คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถแนะนำผู้ป่วยในชุมชนของตนเองได้

7. การสะท้อนผลการพัฒนาแนวทางและผลการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

7.1 การสะท้อนผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพ

สิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผลการสนทนากลุ่มสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มที่ร่วมพัฒนาแนวทางซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบดูแลชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วย ตัวแทนผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน และตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันว่าแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นแนวทางที่เป็นรูปแบบใหม่ที่เกิดจากการร่วมคิดร่วมสร้างของผู้เกี่ยวข้องในสถานบริการและในชุมชน เป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย เกิดประโยชน์ต่อชุมชน และเกิดประโยชน์ต่อสถานบริการ

7.1.1 แนวทางการให้ความรู้ที่เป็นคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นคู่มือที่อ่านเข้าใจง่าย พกพาสะดวก ทุกคนในครอบครัวใช้ได้ทั้งผู้ป่วยและผู้มีสุขภาพดี สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและผู้ที่ปฏิบัติตัวตามคู่มือเห็นผลในการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้โดยให้คู่มือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้นเป็นแรงสนับสนุนที่ดีจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

7.1.2 แนวทางเยี่ยมบ้าน การจัดระบบข้อมูลผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และการพัฒนาความเข้มแข็งให้ชุมชน เป็นมิติใหม่ของการให้บริการที่มีผู้นำชุมชนมาร่วมให้บริการผู้ป่วยถึงบ้านร่วมกับสหวิชาชีพ ช่วยสร้างความเชื่อมั่นในการทำงานของผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนมีบทบาทที่ชัดเจนในการเป็นที่พึ่งของประชาชนในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ

ผู้ดูแลผู้ป่วยก็มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการทำงาน การทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพทำให้เห็นพลังความสามัคคีที่มีเป้าหมายเดียวกันคือสุขภาพของพี่น้องประชาชนในชุมชน

7.2 การสะท้อนผลการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผลการสนทนากลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยมีความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันว่า การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นการปฏิบัติที่ทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก เป็นแนวทางที่ผู้ป่วยทุกคนต้องปฏิบัติด้วยตนเองจึงจะได้ผลจริง และได้ผลที่ดีในการควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเอง นอกจากนี้คนในครอบครัวของผู้ป่วยยังสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้โดยศึกษาจากคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การส่งเสริมกำลังใจจากครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องมากขึ้น มีสุขภาพจิตที่ดีมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่ค้นพบสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. สถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวบุคคล ไม่ว่าจะเป็นด้านเพศ อายุ ระดับ

การศึกษาโดยอายุที่มากขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยด้านหน่วยบริการสุขภาพที่มีการจัดทำข้อมูลผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นระบบตามกลุ่มเสี่ยง และไม่มีการส่งต่อข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้นำชุมชน ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทำให้ไม่มีการนำข้อมูลของผู้ป่วยไปใช้ในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ไม่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพหรือระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ทราบระดับความเสี่ยงของตนเอง ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับดี ย่อมมีการปฏิบัติตนที่ดีในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา หน่อสีดา และคณะ²⁰ ที่ทำการศึกษการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม แนวทางการดูแลและพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยง ระบบการติดตามประเมินภาวะเสี่ยงยังไม่ชัดเจน รวมทั้งข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีส่งต่อให้กับ อสม.ประจำหมู่บ้าน ด้านของชุมชนยังขาดแกนนำหรือเครือข่ายในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

2. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ก่อนการดำเนินการวิจัย การให้บริการแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะเป็นการให้การดูแลเหมือนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป ที่จะให้บริการตรวจวัดความดันโลหิตและให้ยาไปรับประทาน โดยไม่ได้มีการให้การดูแลผู้ป่วยตาม

ระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ทราบระดับความเสี่ยงของตนเอง และไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง จะเห็นได้จากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่พบว่ายังมีพฤติกรรมหลายด้านที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของระบบการให้บริการที่ไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ ด้าน อสม. ที่เป็นแกนนำชุมชนการดูแลผู้ป่วยก็ยังขาดข้อมูลและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย หลังการดำเนินการวิจัยได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นำมาสู่การออกแบบพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง คือ 1) การพัฒนาแนวทางในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง 2) การพัฒนาระบบการติดตาม ประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ใช้คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแล้วมีญาติผู้ป่วยมาอ่านคู่มือและใช้คู่มือร่วมกับผู้ป่วยทำให้มีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น มีการส่งเสริมกำลังใจจากครอบครัว ให้ความและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น เป็นแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องมากขึ้น มีสุขภาพจิตที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับปวีตรา จรรย์สกุลวงศ์²¹ ที่ศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ช่วยสร้างแรงใจให้บุคคลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากการโน้มน้าวและสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และสอดคล้องกับปรารภณา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลัปกาลาย²² ที่

ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้โดยให้คู่มือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น เป็นแรงสนับสนุนที่ดีจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สอดคล้องกับ สายฝน เต็บสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์²³ ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอบางบาล จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยต่อการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสีภูมิ, และสุกัญญา เลหารัตนศิริ²⁴ ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร

3. การพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี หลังการพัฒนามีการจัดระบบข้อมูลที่สามารถเรียกดูข้อมูลได้ง่ายและสะดวกมากขึ้นเพราะจัดทำเป็นทะเบียนรายชื่อแยกตามกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจนตามหมู่บ้านผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในแต่ละหมู่บ้าน การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน

ชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้นำ
ชุมชน ให้สามารถตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรค
หลอดเลือดสมองได้²³

การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือด
สมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของคลินิก
หมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์ อุบลราชธานี ที่พัฒนาขึ้นนี้ ใช้
กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ
วิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน และร่วม
ดำเนินงาน สรุปผลร่วมกัน ในบริบทเฉพาะของ
พื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านการศึกษา/บริหาร/
นโยบายจากการวิจัยครั้งนี้ จากการผลการศึกษาที่
พบสะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วย
ให้การบริการผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นและการ
สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญมาก
คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพ
สิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จึงควรมีการบริหาร
จัดการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้มีความรู้และ
ทักษะการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม
ระดับความดันโลหิตไม่ได้ในทุกชุมชนในเขต

กันในด้าน และการทำวิจัยในทุกพื้นที่ควรเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลักเช่นเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization: (WSO). (2022). Up again after stroke. Retrieved 29 February 2023 from :
[http://www. Worldstroke campaign.org](http://www.Worldstrokecampaign.org)
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติการสาธารณสุข พ.ศ. 2562.
นนทบุรี : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ (2563). จำนวนและอัตราป่วย/ตาย ปี 2559-2562 (ความดันโลหิตสูง,
เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง). สืบค้น 24 มีนาคม 2566, จาก
[http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?](http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020)
[id=13893&tid=32&gid=1-020](http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020)
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากร ไทย พ.ศ.2557.
นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
5. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การทบทวน
วรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี : อาร์ต

ให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

2. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการจากการ
วิจัยครั้งนี้ ในการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแล
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้กับ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย
และผู้นำชุมชน โดยใช้แอปพลิเคชัน Thai CV risk
score ในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด
สมอง เป็นการสอนการใช้งานแอปพลิเคชัน
ซึ่งสามารถหาศึกษาได้จากช่องทางออนไลน์
เจ้าหน้าที่ผู้ทำการสอนสอนควรมีการแนะนำแหล่ง
ความรู้หรือแหล่งประโยชน์ด้านความรู้ต่างๆ ที่จะ
สามารถแสวงหาความรู้เพิ่มเติมได้ด้วยตนเอง เช่น
การแนะนำสื่อออนไลน์และช่องทางการเผยแพร่
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้เข้าใจ
และเรียนรู้ด้วยตนเองได้ง่ายยิ่งขึ้น

3. ข้อเสนอแนะด้านการนำผลวิจัยไปใช้และ
ทำวิจัยครั้งต่อไป คือ การพัฒนาแนวทางการ
ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่
พัฒนาขึ้นนี้เป็นบริบทเฉพาะของพื้นที่ ดังนั้นใน
การนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ให้
สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่จะนำไปใช้ เพราะ
พื้นที่เขตเมืองกับพื้นที่เขตชนบทอาจมีบริบทที่
แตกต่าง

ควอลิไฟท์.

6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). อัตราการป่วยตาย ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้น 8 มกราคม 2566, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2560). ดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุไทย (Active Ageing Index of Thai Elderly). กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
8. World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases. Retrieved 29 February 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicablediseases>
9. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส.
10. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี : รมเย็นมีเดีย.
11. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ : ฮั่วน้ำพริ้นติ้ง.
12. ณรงค์กร ชัยวงศ์ , และปณณทัต บณุนทด. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(2), 6-15.
13. ยุทธนา ชนะพันธ์ , และดาวิรรณ เศรษฐธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(2), 109-119.
14. กานต์ธิชา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวินัส สลิพกุล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้การเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(2), 40-56.
15. วาสนา หน่อสีดา, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. (2562). การพัฒนาแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37 (4), 167-176.
16. นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
17. Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. Health Education Monography, 2, 336-385.
18. งานเวชระเบียนคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน. (2566). รายงานผู้รับบริการโรค NCD ในคลินิกหมอครอบครัว ท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ 2566 (มกราคม – มีนาคม 2566). เอกสารอัดสำเนา.
19. ราไฟวัลย์ นาครินทร์. (2553). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สถานีอนามัย บ้านโพธิ์น้อย ตำบลกระหวาน อำเภอนาหว้า จังหวัดศรีสะเกษ. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารการศึกษาด้านการศึกษาศาสตร์). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
20. วาสนา เหมือนมี, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, ชมนาด วรรณพรศิริ , และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 9(2), 156-164.
21. ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, และวีรณัฐ รอบ สันติสุข. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์, 7 (3), 27- 34.
22. ประรณดา วัชรานุกฤษ, และอัจฉรา กลัปกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1), 217-231.

23. สายฝน เต็บสูงเนิน, และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2560). ระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร, 32 (5), 482-490.
24. สุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสี ภูมิ, และสุกัญญา เลาหรัตนศิริ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22 (2), 75-84.

การประเมินมาตรฐาน และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของห้องส้วมสาธารณะ ภายในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานเชียงใหม่

Evaluation and Coliform Bacterial Contamination of Public Toilets at the Port of Entry in Chiang Mai International Airport.

(Received: September 3,2024 ; Revised: September 18,2024 ; Accepted: September 19,2024)

บัญชา ขำศิริ¹, ปิยะพันธ์ เชื้อเมืองพาน¹, กรรณิการ์ รัตนพันธ์¹

Bancha Khamsiri¹, Piyapan Chuamuangpan¹, Kannikar Rattanaphun¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะ ภายในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ จำนวน 19 จุดตรวจจุดสอบ 210 ห้อง โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) และทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ด้วยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียเบื้องต้น (SI-2) 190 ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลเบื้องต้นของห้องส้วมสาธารณะภายในท่าอากาศยานเชียงใหม่ 2) ข้อมูลลักษณะทางกายภาพของห้องส้วมสาธารณะ และ 3) ข้อมูลการปนเปื้อนทางชีวภาพของห้องส้วมสาธารณะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติ T-test (Independent t - test)

ผลการศึกษาพบว่า ห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางเข้าออก ท่าอากาศยานเชียงใหม่ โดยรวมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (HAS) คิดเป็นร้อยละ 52.63 และ 47.37 ตามลำดับ ส่วนที่ผ่านเกณฑ์ และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านความสะอาด (Healthy: H) คิดเป็นร้อยละ 68.42 และ 31.58, ด้านความเพียงพอ (Accessibility: A) คิดเป็นร้อยละ 57.89 และ 42.11 และเกณฑ์ด้านความปลอดภัย (Safety: S) คิดเป็นร้อยละ 84.21 และ 15.79 ตามลำดับ จากการประเมินหลังจากการแนะนำแนวทางการปรับปรุงให้กับผู้เกี่ยวข้อง พบว่าส้วมสาธารณะภายในท่าอากาศยานเชียงใหม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผลการทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในห้องส้วมชาย และห้องส้วมหญิง พบว่าห้องส้วมชายมีการปนเปื้อนมากกว่าห้องส้วมหญิง (ร้อยละ 25.26 และ 6.32) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ฝารองนั่ง ชักโครก และสายฉีดชำระ พบการปนเปื้อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.21 และ 21.05 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของห้องส้วมชาย และห้องส้วมหญิงภายใน ท่าอากาศยานเชียงใหม่ พบว่าห้องส้วมหญิงมีค่าเฉลี่ยของจุดที่ไม่พบการปนเปื้อนมากที่สุดที่ 17.80 ± 2.17 จุด (ร้อยละ 93.68) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของจุดที่ไม่พบการปนเปื้อนในห้องส้วมชาย ที่ 14.20 ± 2.59 จุด (ร้อยละ 74.74)

คำสำคัญ: ส้วมสาธารณะ, มาตรฐานห้องส้วมสาธารณะ (HAS), เชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย, ท่าอากาศยานเชียงใหม่

Abstract

The objectives of this survey research were to evaluation the standards of public toilets at the port of entry in Chiang Mai International Airport 210 toilets in 19 test point, compared with the national standard of public toilets (HAS); and assess coliform bacteria contamination using coliform bacteria test (SI-2) with 190 samples. The instruments for data collection consisted of three parts: preliminary information of the toilets, physical aspects of the toilets and biological contamination of the toilets. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum, and T-test statistic (Independent t - test).

The research found that 52.63% of the toilets in Chiang Mai International Airport passed the HAS standards while 47.37% did not. However, 68.42% passed the Healthy Standard (Healthy: H) while 31.58% did not; 57.89% passed the Accessibility Standard (Accessibility: A) while 42.11% did not; and 84.21% passed the Safety Standard (Safety: S) while 15.79% did not. A survey after providing an improvement guideline to the airport owners reveals

¹ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่

that 100.00% passed the standards (HAS). For the Coliform Bacteria, higher contamination was found in male toilets than the female's (25.26% and 6.32%, respectively). Especially, toilet seat and spray lines found that the highest bacteria contamination was 34.21 and 21.05, respectively.

When considered the relationship between Coliform Bacteria contamination of male and female toilets at Chiang Mai International Airport found that the female toilets had the highest average number of uncontaminated spots, 17.80 ± 2.17 points (93.68%), while the male Toilets had average number of uncontaminated points was 14.20 ± 2.59 points (74.74%), They were statistically significant ($P < 0.05$).

Keywords: Public Toilets, the National Standards for Public Toilets (HAS), Coliform Bacteria, Chiang Mai International Airport

บทนำ

จากนโยบายของรัฐบาลโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่จะพัฒนาสาธารณสุขไทย และกำหนดเกณฑ์มาตรฐานสาธารณสุขระดับประเทศ (Health Accessibility Safety: HAS) โดยเน้น 3 ประเด็น คือ ด้านความสะอาด (Healthy) ความเพียงพอ (Accessibility) และความปลอดภัย (Safety) โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 12 ประเภท ได้แก่ สถานที่ราชการ โรงพยาบาล โรงเรียน ศาสนสถาน ร้านจำหน่ายอาหาร ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า หรือศูนย์การค้า สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง สถานีขนส่ง ทั้งทางบก และทางอากาศ แหล่งท่องเที่ยว ส้วมสาธารณะริมทาง และสวนสาธารณะ เพื่อให้ผู้ประกอบการ หรือ ผู้ดูแลส้วมสาธารณะ ดูแลส้วมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน และปลอดภัยต่อผู้รับบริการ¹ เนื่องจาก "ส้วม" ยังคงเป็นปัญหาพื้นฐานที่มีความสำคัญทางสุขภาพสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น คือ ส้วมสาธารณะในสถานที่เป้าหมายการพัฒนาทั้ง 12 ประเภทในภาพรวมปี พ.ศ. 2566 พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานสาธารณสุขระดับประเทศ (HAS) คิดเป็นร้อยละ 70.81 จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าสถานี่ขนส่งทั้งทางบก และทางอากาศ ซึ่งเป็น 1 ใน 12 ประเภทของส้วมสาธารณะ เป้าหมายที่ต้องพัฒนา ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (HAS) คิดเป็นร้อยละ 69.0² ซึ่งยังไม่บรรลุตามเป้าหมายการ

พัฒนาที่ตั้งไว้ คือ ส้วมสาธารณะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70.00

ส้วมสาธารณะภายในท่าอากาศยานเป็นพื้นที่ที่มีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมาก โดยผู้ที่ใช้บริการส่วนมากมักจะมีพฤติกรรม และสุขลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการสะสม และการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยเฉพาะเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร และโรคอุจจาระร่วง เป็นต้น³ ท่าอากาศยานเชียงใหม่เป็นช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ประเภทท่าอากาศยาน เป็นสถานที่ ที่ใช้เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างการเดินทางทางอากาศ และภาคพื้นดิน นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการรองรับนักเดินทาง และนักท่องเที่ยว ปัจจุบันมีอาคารผู้โดยสาร 2 หลัง คือ อาคารผู้โดยสารภายในประเทศ และอาคารผู้โดยสารระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานแห่งนี้สามารถรองรับผู้โดยสารได้สูงสุด 8 ล้านคนต่อปี มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในรูปแบบการให้บริการข้อมูลการเดินทาง บริการรถเช่า ร้านค้าสวัสดิการของฝากประจำจังหวัด รวมถึงการขนส่งไปรษณีย์ภัณฑ์ มีสถานที่จำหน่ายอาหารสำหรับให้บริการทั้งภายในอาคาร และภายนอกอาคาร นอกจากนี้ยังมีห้องส้วมสาธารณะเพื่อให้บริการกับนักท่องเที่ยว และผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากห้องส้วมสาธารณะที่ให้บริการภายในช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ในแต่ละวันมีจำนวนผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งนอกจากผู้ที่ใช้บริการจะมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี ประกอบกับการละเลยในการจัดการเรื่องความสะอาด ย่อมเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสะสมของเชื้อ

ก่อโรคในห้องส้วมสาธารณะ อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้ใช้บริการสาธารณะ และสามารถทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อ ก่อโรคได้เป็นอย่างดี

ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศมีหน้าที่ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศ และภัยสุขภาพตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulation: IHR 2005) ซึ่งกำหนดให้ช่องทางฯ พัฒนาสมรรถนะหลัก (ในภาวะปกติ) B-I Routine (d) (Assessment Tool for Core Capacity Requirements at Designated Airports, Ports and Ground Crossings: CCAT part B1, d 1.3) คือ การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้เดินทาง ในประเด็นเรื่องห้องส้วมสาธารณะ โดยห้องส้วมสาธารณะต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่เหมาะสมที่สามารถทำความสะอาดได้อย่างสม่ำเสมอ ตามปริมาณ ของผู้โดยสาร และบุคลากรที่ใช้บริการ และหนึ่งในมาตรฐานที่ใช้ในการรับรองห้องส้วมสาธารณะ คือ มาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (Health Accessibility Safety: HAS)² ผู้ศึกษาในฐานะของเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ทำอากาศเชียงใหม่ จึงทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรฐาน ห้องส้วมสาธารณะ และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Coliform Bacteria) ของห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังสุขภาพของห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางฯ และนำข้อมูลสถานะสุขภาพของห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางฯ ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาห้องส้วมสาธารณะ และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพของห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางฯ เพื่อให้ ห้องส้วมสาธารณะผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน (HAS) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ เพื่อสร้างความมั่นใจต่อผู้เดินทาง และผู้ใช้บริการภายในช่องทางฯ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ตามมาตรฐานด้านความสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (Health Accessibility Safety: HAS) และทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ด้วยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียเบื้องต้น (SI-2)

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-Sectional Study) โดยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะ และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Coliform Bacteria) ของห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2566 ถึง เดือนตุลาคม 2566

ประชากร และการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยาน เชียงใหม่ จำนวน 19 จุดที่ตั้ง จำนวน 210 ห้อง แบ่งเป็นห้องส้วมหญิง จำนวน 103 ห้อง ห้องส้วมชาย จำนวน 90 ห้อง และห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือผู้สูงอายุ จำนวน 17 ห้อง โดยแบ่งประเมินดังต่อไปนี้

1. ด้านการประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศตามเกณฑ์ HAS ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินจำนวน 16 ข้อ 3 ด้าน คือ ด้านความสะอาด (Healthy: H) จำนวน 9 ข้อ ด้านความเพียงพอ (Accessibility: A) 2 ข้อ และด้านความปลอดภัย (Safety: S) จำนวน 5 ข้อ โดยการประเมินนั้นจำเป็นต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 3 ด้าน (16 ข้อ) จึงจะถือว่าผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน HAS ครบถ้วน⁴

2. ด้านการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Coliform Bacteria) เก็บตัวอย่างเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Coliform Bacteria) จากห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ จุดที่ตั้งละ 5 ตัวอย่าง (19 จุดที่ตั้ง) คือ กลอนประตู สายฉีดชำระ ฝารองนั่งชักโครก อ่างล้างมือ และที่กดชักโครก แยกเป็นจากห้องส้วมชาย จำนวน 95 ตัวอย่าง และห้องส้วมหญิง จำนวน 95 ตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 190 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ Health Accessibility Safety (HAS) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก ข้อมูลทั่วไปของห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ จำนวน 5 ข้อ คือ จำนวนห้องส้วม สภาพความพร้อม ใช้งานตรวจก่อนรับการประเมิน การกำหนดจำนวนพนักงานทำความสะอาดห้องส้วม การกำหนดผู้รับผิดชอบในการทำความสะอาด และความถี่ของการทำความสะอาดห้องส้วม ส่วนที่สอง การประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) จำนวน 16 ข้อ 3 ด้าน คือ ด้านความสะอาด (Healthy: H) จำนวน 9 ข้อ ด้านความเพียงพอ (Accessibility: A) 2 ข้อ และด้านความปลอดภัย (Safety: S) จำนวน 5 ข้อ

2. การทดสอบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียทำตามวิธีของ ชนานุช พันธุ์เพ็ง และพัชรา เกษมศิริ⁵ โดยทดสอบด้วยน้ำยา SI-2 ซึ่งอาศัยหลักการที่เชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียเมื่อย่อยน้ำตาลแลคโตส ในน้ำยาทดสอบ จะทำให้เกิดกรด และก๊าซขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนสีของ Bromocresol Purple (BCP) จากสีม่วงเปลี่ยนเป็นสีเหลือง ซึ่งถือว่าให้ผลเป็นบวก (Positive, +) หมายถึง พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียปนเปื้อนอยู่ในตัวอย่างที่ทำการทดสอบ หากน้ำยาทดสอบยังคงเป็นสีม่วง หรือสีจางลงเล็กน้อย แสดงว่าไม่พบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียให้ผลเป็นลบ (Negative, -) การทดสอบทำโดยการป้ายชุดทดสอบ ลงบนบริเวณ

พื้นผิว หรืออุปกรณ์สัมผัสในห้องส้วม ทั้ง 5 จุดทดสอบที่กำหนดไว้ จากนั้นตั้งชุดทดสอบทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 17-24 ชั่วโมง และอ่านผลการทดสอบ

และเนื่องจากผู้วิจัยนำแบบประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ และชุดน้ำยาทดสอบ SI-2 ที่คิดค้นโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมาใช้จึงไม่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในส่วนนี้ สำหรับการวิเคราะห์ผลการทดสอบใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสภาพการจัดการห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ข้อมูลทั่วไปของห้องส้วมสาธารณะภายใน ท่าอากาศยานเชียงใหม่ 19 จุดที่ตั้ง จำนวน 210 ห้อง พบว่าห้องส้วมส่วนใหญ่เป็นห้องส้วมหญิง จำนวน 103 ห้อง (ร้อยละ 49.05) ห้องส้วมชาย จำนวน 90 ห้อง (ร้อยละ 42.86) โดยห้องส้วมชายมีโถปัสสาวะ จำนวน 113 โถ ห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หรือผู้สูงอายุ จำนวน 17 ห้อง (ร้อยละ 8.10) เมื่อดูสภาพความพร้อมใช้งานก่อนวันรับการประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ HAS (พร้อมใช้งาน จำนวน 189 ห้อง ร้อยละ 90.00) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายประเภท พบว่าห้องส้วมหญิงมีสภาพพร้อมใช้งาน จำนวน 96 ห้อง (ร้อยละ 50.79) ห้องส้วมชายมีสภาพพร้อมใช้งาน จำนวน 76 ห้อง (ร้อยละ 40.21) ห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หรือผู้สูงอายุมีสภาพพร้อมใช้งาน จำนวน 17 ห้อง (ร้อยละ 8.99) โดยทุกจุดที่ตั้งของห้องส้วมมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการทำความสะอาดห้องส้วม จำนวน 38 คน (ร้อยละ 100.00) โดยความถี่ของการทำความสะอาดจะมีการทำความสะอาดห้องส้วมทุกชั่วโมง

ผลการประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ โดยทำการตรวจก่อนรับการประเมินจริง (เดือนตุลาคม 2566)

พบว่าห้องส้วมไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) จำนวน 9 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 47.37) รหัสห้องส้วม คือ D102, D103, D105-D107, I101, I104, I201 และ I204 แสดงดังตารางที่ 3 โดยห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2 ด้าน ส่วนใหญ่ในเกณฑ์เรื่องความสะอาด และความเพียงพอ มี 5 จุดที่ตั้ง คือ ห้องส้วมบริเวณห้องโถงผู้เดินทางขาเข้า (D102) ห้องส้วมบริเวณด้านหน้าศูนย์รักษาความปลอดภัย (D107) ห้องส้วมบริเวณด้านหน้าไปรษณีย์ (I101) ห้องส้วมบริเวณประตูทางออกหมายเลข 12 (I104) และห้องส้วมบริเวณด้านหน้าสำนักงานการบินไทย (I201) สำหรับห้องส้วมสาธารณะที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2 ด้าน ในเกณฑ์เรื่องความเพียงพอ และความปลอดภัย มี 2 จุดที่ตั้ง คือ ห้องส้วมบริเวณสำนักงานการบิน (D105) และห้องส้วมบริเวณห้องรับรองพิเศษสายการบิน Coral Lounge (I204) ห้องส้วมสาธารณะที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2 ด้าน ในเกณฑ์เรื่องความสะอาดและความปลอดภัย มี 1 จุดที่ตั้ง คือ ห้องส้วมบริเวณ

พื้นที่ ทำการบิน และลานจอดเครื่องบิน (D106) สำหรับห้องส้วมสาธารณะที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 1 ด้าน ในเกณฑ์เรื่องความเพียงพอมี 1 จุดที่ตั้ง คือ ห้องส้วมบริเวณร้านกาแฟ Starbucks (D103) และพบว่าห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) จำนวน 10 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 52.63) รหัสห้องส้วม คือ D101, D104, D201-D204, I102-I103 และ I202-I203 โดยหากจำแนกเกณฑ์มาตรฐานของห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) แยกแยะเป็นรายด้านจาก 19 จุดที่ตั้ง พบว่าเกณฑ์ด้านความสะอาด (Healthy: H) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 13 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 68.42) ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 6 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 31.58) เกณฑ์ด้านความเพียงพอ (Accessibility: A) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 11 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 57.89) ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 8 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 42.11) และเกณฑ์ด้าน ความปลอดภัย (Safety: S) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 16 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 84.21) ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 3 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 15.79) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของการผ่านเกณฑ์มาตรฐานของห้องส้วมสาธารณะบริเวณอาคารผู้โดยสารภายในประเทศ และอาคารผู้โดยสารระหว่างประเทศ จำแนกตามเกณฑ์ความสะอาด ความเพียงพอ และความปลอดภัย (HAS) ที่สำรวจก่อนวันรับการประเมิน (n = 19)

รหัสห้องส้วม ที่สำรวจ	จำนวนข้อ (ร้อยละ) ซึ่งผ่านมาตรฐาน HAS			มาตรฐาน HAS
	เกณฑ์ความสะอาด (Healthy : H) ข้อ 1-9	เกณฑ์ความเพียงพอ (Accessibility : A) ข้อ 10-11	เกณฑ์ความปลอดภัย (Safety : S) ข้อ 12-16	
อาคารผู้โดยสารภายในประเทศ				
D101	9 (100.00)	2 (100.00)	5 (100.00)	ผ่าน
D102	8 (88.89)	1 (50.00)	5 (100.00)	ไม่ผ่าน
D103	9 (100.00)	1 (50.00)	5 (100.00)	ไม่ผ่าน
D104	9 (100.00)	2 (100.00)	5 (100.00)	ผ่าน
D105	9 (100.00)	1 (50.00)	4 (80.00)	ไม่ผ่าน
D106	7 (77.78)	2 (100.00)	4 (80.00)	ไม่ผ่าน
D107	8 (88.89)	1 (50.00)	5 (100.00)	ไม่ผ่าน
D201	9 (100.00)	2 (100.00)	5 (100.00)	ผ่าน
D202	9 (100.00)	2 (100.00)	5 (100.00)	ผ่าน
D203	9 (100.00)	2 (100.00)	5 (100.00)	ผ่าน
D204	9 (100.00)	2 (100.00)	5 (100.00)	ผ่าน

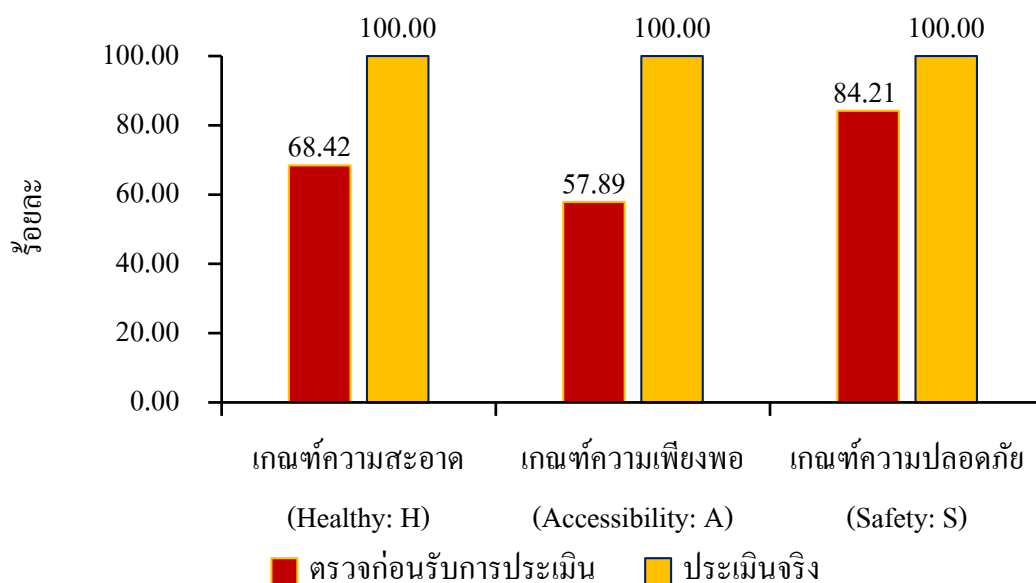
ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของการผ่านเกณฑ์มาตรฐานของห้องส้วมสาธารณะบริเวณอาคารผู้โดยสารภายในประเทศ และอาคารผู้โดยสารระหว่างประเทศ จำแนกตามเกณฑ์ความสะอาด ความเพียงพอ และความปลอดภัย (HAS) ที่สำรวจก่อนวันรับการประเมิน (n = 19)

รหัสห้องส้วม ที่สำรวจ	จำนวนข้อ (ร้อยละ) ซึ่งผ่านมาตรฐาน HAS			มาตรฐาน HAS
	เกณฑ์ความสะอาด (Healthy : H) ข้อ 1-9	เกณฑ์ความเพียงพอ (Accessibility : A) ข้อ 10-11	เกณฑ์ความปลอดภัย (Safety : S) ข้อ 12-16	
อาคารผู้โดยสารระหว่างประเทศ				
I101	7 (77.78)	1 (50.00)	5 (100.00)	ไม่ผ่าน
I102	9 (100.00)	2 (100.00)	5 (100.00)	ผ่าน
I103	9 (100.00)	2 (100.00)	5 (100.00)	ผ่าน
I104	8 (88.89)	1 (50.00)	5 (100.00)	ไม่ผ่าน
I201	8 (88.89)	1 (50.00)	5 (100.00)	ไม่ผ่าน
I202	9 (100.00)	2 (100.00)	5 (100.00)	ผ่าน
I203	9 (100.00)	2 (100.00)	5 (100.00)	ผ่าน
I204	9 (100.00)	1 (50.00)	4 (80.00)	ไม่ผ่าน
รวมผ่าน มาตรฐาน	13 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 68.42)	11 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 57.89)	16 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 84.21)	10 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 52.63)
รวมไม่ผ่าน มาตรฐาน	6 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 31.58)	8 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 42.11)	3 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 15.79)	9 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 47.37)

การประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะภายในช่องฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐานของห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) ภายหลังจากการตรวจก่อนวันรับการประเมิน ซึ่งด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ได้แจ้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ การท่าอากาศยาน และบริษัทเบสท์ อินเวสติ เกชั่น จำกัด พบว่าห้องส้วมสาธารณะภายในช่องฯ ที่สำรวจ ณ วันประเมินจริง (เดือนตุลาคม 2566 ด้านควบคุมโรคฯ ประเมินมาตรฐาน HAS ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และเทศบาลตำบลสุเทพ) ทั้งภายในอาคารผู้โดยสาร ในประเทศ และอาคารผู้โดยสารระหว่างประเทศจำนวนทั้งหมด 19 จุดที่ตั้ง พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (HAS) ทั้ง 19 จุดที่ตั้ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 แสดงดังภาพที่ 1

ผลการทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยน้ำยาตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มขั้นต้น (SI-2) พบว่า ห้องส้วมชาย พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียมากที่สุด จำนวน 24 จุด (ร้อยละ 25.26)

ห้องส้วมหญิงพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียจำนวน 6 จุด (ร้อยละ 6.32) สำหรับห้องส้วมชายพบการปนเปื้อน เชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในทั้ง 5 จุดทดสอบ โดยพบการปนเปื้อนที่ฝารองนั่งชักโครกมากที่สุด 8 จุด (ร้อยละ 42.11) สายฉีดชำระปนเปื้อน 7 จุด (ร้อยละ 36.84) ที่กดชักโครกปนเปื้อน 4 จุด (ร้อยละ 21.05) อ่างล้างมือปนเปื้อน 3 จุด (ร้อยละ 15.79) และกลอนประตูปนเปื้อน 2 จุด (ร้อยละ 10.53) สำหรับห้องส้วมหญิง พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียใน 2 จุดทดสอบ เป็นฝารองนั่งชักโครกปนเปื้อน 5 จุด (ร้อยละ 26.32) และสายฉีดชำระปนเปื้อน 1 จุด (ร้อยละ 5.26) สำหรับจุดทดสอบที่ปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในภาพรวม ทั้งห้องส้วมชาย และห้องส้วมหญิง พบว่าฝารองนั่งชักโครกพบการปนเปื้อนมากที่สุด 13 จุด (ร้อยละ 34.21) สายฉีดชำระปนเปื้อน 8 จุด (ร้อยละ 21.05) ที่กดชักโครกปนเปื้อน 4 จุด (ร้อยละ 10.53) อ่างล้างมือปนเปื้อน 3 จุด (ร้อยละ 7.89) และกลอนประตูปนเปื้อน 2 จุด (ร้อยละ 5.26) แสดงดังตารางที่ 2



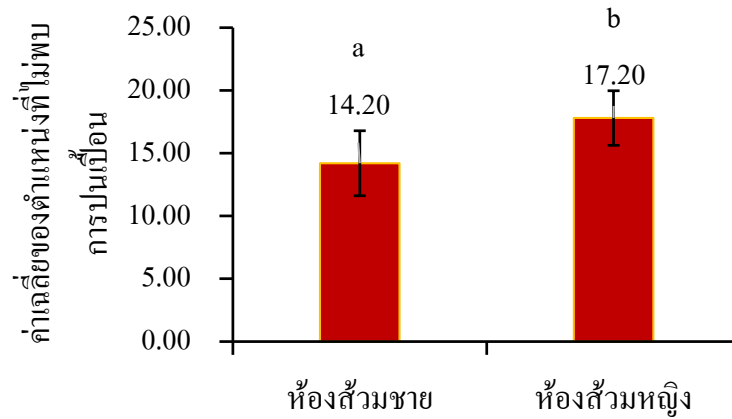
ภาพที่ 1 จำนวนร้อยละของห้องส้วมสาธารณะภายในอาคารผู้โดยสารในประเทศ และอาคารผู้โดยสารระหว่างประเทศที่ผ่านการประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) เปรียบเทียบตรวจสอบก่อนวันรับการประเมิน และตรวจ ณ วันรับการประเมินจริง (n = 19)

ตารางที่ 2 ผลตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในห้องส้วม แยกตามแหล่งสะสมเชื้อโรค

จุดทดสอบ	ห้องส้วมชาย (n = 19)				ห้องส้วมหญิง (n = 19)				รวมห้องส้วมชาย และหญิง (n = 38)			
	พบการปนเปื้อน		ไม่พบการปนเปื้อน		พบการปนเปื้อน		ไม่พบการปนเปื้อน		พบการปนเปื้อน		ไม่พบการปนเปื้อน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. กลอนประตู	2	10.53	17	89.47	0	0.00	19	100.00	2	5.26	36	94.74
2. สายฉีดชำระ	7	36.84	12	63.16	1	5.26	18	94.74	8	21.05	30	78.95
3. ฝารองนั่งชักโครก	8	42.11	11	57.89	5	26.32	14	73.68	13	34.21	25	65.79
4. อ่างล้างมือ	3	15.79	15	78.95	0	0.00	19	100.00	3	7.89	34	89.47
5. ที่กดชักโครก	4	21.05	16	84.21	0	0.00	19	100.00	4	10.53	35	92.11
รวม	24	25.26	71	74.74	6	6.32	89	93.68	30	15.79	160	84.21

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของห้องส้วมชาย และห้องส้วมหญิงสาธารณะภายในช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ พบว่าห้องส้วมหญิงมีค่าเฉลี่ยของจุดที่ไม่พบการปนเปื้อนมากที่สุดที่ 17.80 ± 2.17 จุด (ร้อยละ

93.68) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของจุดที่ไม่พบการปนเปื้อนในห้องส้วมชายที่ 14.20 ± 2.59 จุด (ร้อยละ 74.74) แสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของห้องส้วมชาย และห้องส้วมหญิงสาธารณะภายในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานเชียงใหม่

*Indicates Statistical Significance at $P < 0.05$ Using T-test.

สรุปและอภิปรายผล

1. การประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) ภายในช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ในภาพรวม 16 ข้อ ซึ่งตรวจก่อนวันรับการประเมินจริง (เดือนตุลาคม 2566) พบว่าห้องส้วมสาธารณะผ่านเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) ทั้ง 16 ข้อ 10 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 52.63) และไม่ผ่านเกณฑ์ 9 จุดที่ตั้ง (ร้อยละ 47.37) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรिता โพธิ์งาม และจิราภรณ์ อรนนท์⁶ ที่ทำการประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) ของวัดในเขตเทศบาลอุบลราชธานี จากการศึกษาพบว่าส้วมสาธารณะของวัด จำนวน 9 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 22.20 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 77.80 งานวิจัยของ สุวิญญ์ ใจนิม⁷ ที่ศึกษาการประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) ในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 19.23 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 80.77 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนานุช พันธุ์เพ็ง และพัชรา เกษมศิริ⁵ ที่ศึกษาการประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 25.60 และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 74.40 อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีความแตกต่างกับงานวิจัยของ ลักษณะ

บุญขาว และนฤมล นามวงษ์⁸ ที่ศึกษาการประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) ภายในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ห้องส้วมทั้งหมดในการศึกษาไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (HAS) และเมื่อทำการประเมินมาตรฐานห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากที่สุด ร้อยละ 100.00 คือ ข้อ 2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีกลิ่นน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำสะอาด อยู่ในสภาพดี และใช้งานได้ ข้อ 3. กระจายชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่าย หรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดี และใช้งานได้ ข้อ 5 สบู่ล้างมือพร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ ข้อ 6. ถังรองรับขยะมูลฝอยสะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง ข้อ 8. สภาพท่อนระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่วแตก หรือชำรุด ข้อ 9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ ข้อ 10. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์ และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที ข้อ 12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ในที่ลับตา/เปลี่ยว ข้อ 13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย-หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน และข้อ 16. แสงสว่างเพียงพอสามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ และข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์

มาตรฐาน (HAS) คือ ข้อ 1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่ก่อดโถส้วม โถปัสสาวะ ที่ก่อดโถส้วม สะอาด ไม่มี คราบสกปรก อยู่ในสภาพดี และใช้งานได้ ข้อ 4. อ่าง ล้างมือ ก๊อกน้ำ กระຈก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ใน สภาพดี และใช้งานได้ ข้อ 7. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น ข้อ 11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้ งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ ข้อ 14. ประตู ที่จับ เปิด-ปิด และที่ล็อกด้านในสะอาด อยู่ในสภาพดี และ ใช้งานได้ และข้อ 15. พื้นห้องส้วมแห้ง ทำด้วยวัสดุสี อ่อน (ขาว/ครีม) โดยภายหลังจากที่ด้านควบคุม โรคติดต่อระหว่างประเทศ ทำอากาศยานเชียงใหม่ ได้แจ้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกหลัก สุขาภิบาลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ บริษัท ทำอากาศยานเชียงใหม่ จำกัด (มหาชน) และบริษัท เบสท์ อินเวสติเกชั่น จำกัด พบว่าห้องส้วมที่สำรวจ ณ วันตรวจประเมินจริง (เดือนตุลาคม 2566) ทั้ง ภายในอาคารผู้โดยสารในประเทศ และอาคาร ผู้โดยสารระหว่างประเทศทั้งหมด จำนวนทั้งหมด 19 จุดที่ตั้ง พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานห้องส้วมสาธารณะ ระดับประเทศ (HAS) ทั้ง 19 จุดที่ตั้ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวิษญาน์ ใจนิม⁷ ที่ศึกษาการประเมินมาตรฐานห้องส้วม สาธารณะระดับประเทศ (HAS) ในสถานีบริการน้ำมัน เชื้อเพลิง โดยหลังจากการประเมินซ้ำภายหลัง 1 เดือน จากการแนะนำแนวทางการปรับปรุงแก้ไขต่อ สถานประกอบการ พบว่าจากสถานีบริการน้ำมัน เชื้อเพลิงจำนวนทั้งหมด 26 แห่งที่ทำการประเมิน พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวนทั้งหมด 19 แห่ง (ร้อยละ 73.08) และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 7 แห่ง (ร้อยละ 26.92) ซึ่งแตกต่างจากวันประเมินก่อนการ แจ้งแนวทางการปรับปรุงแก้ไข ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เพียง 5 แห่ง (ร้อยละ 19.23) และไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานถึง 21 แห่ง (ร้อยละ 80.77)

2. การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของห้องส้วม สาธารณะภายในช่องทางฯ ทำอากาศยานเชียงใหม่ พบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 30 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 15.79 โดยห้องส้วมหญิง มีการปนเปื้อนน้อยกว่าห้องส้วมชาย คือ ร้อยละ 6.32

ในขณะที่ห้องส้วมชายพบการปนเปื้อน ถึงร้อยละ 25.26 โดยจุดทดสอบที่พบการปนเปื้อนมากที่สุด คือ ฝารองนั่งชักโครกปนเปื้อน ร้อยละ 42.11 รองลงมา คือ สายฉีดชำระปนเปื้อนร้อยละ 36.84 ที่ก่ดชักโครก ปนเปื้อนร้อยละ 21.05 อ่างล้างมือปนเปื้อนร้อยละ 15.79 และกลอนประตูปนเปื้อนร้อยละ 10.53 สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิษญาน์ ใจนิม⁷ ที่ ศึกษามาตรฐาน ห้องส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) ในสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ซึ่งพบว่าห้องส้วม หญิงมีการปนเปื้อน เชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ 17.69 ซึ่งน้อยกว่าห้องส้วมชายซึ่งปนเปื้อนเชื้อโคลิ ฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ 22.44 โดยจุดทดสอบที่พบ การปนเปื้อนมากที่สุดคือ คือ ฝารองโถส้วม ก๊อกน้ำ อ่างล้างมือ และภาชนะสำหรับราดส้วม/สายฉีด พบ การปนเปื้อนแต่ละจุดร้อยละ 26.92 รองลงมาคือ ที่ ก่ดโถส้วม ร้อยละ 23.08 และกลอนประตู หรือลูกบิด ประตูด้านในห้องน้ำแต่ละห้อง ร้อยละ 19.23 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนาบุช พันธุ์เพ็ง และพัช รา เกษมศิริ⁵ ที่ศึกษาการประเมินมาตรฐานห้องส้วม สาธารณะ (HAS) และการทดสอบการปนเปื้อน เชื้อ โคลิฟอร์มแบคทีเรียในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล สกลนคร พบว่าห้องส้วมชายมีการปนเปื้อนเชื้อโรค มากกว่าห้องส้วมหญิง ร้อยละ 73.20 ส่วนห้องส้วม หญิงมีการปนเปื้อนเชื้อโรค ร้อยละ 71.10 โดยจุด ทดสอบ ที่พบการปนเปื้อนมากที่สุด คือ บริเวณพื้น ห้องส้วมปนเปื้อนร้อยละ 51.20 รองลงมา คือ ที่รอง นั่งโถส้วมปนเปื้อน ร้อยละ 29.10 ที่จับฉีดน้ำชำระ ปนเปื้อน ร้อยละ 26.70 ฝารองนั่งชักโครก หรือที่ เหยียบปนเปื้อน ร้อยละ 24.40 ที่เปิดก๊อกอ่างล้างมือ ปนเปื้อน ร้อยละ 20.90 และกลอน หรือลูกบิดประตู ปนเปื้อน ร้อยละ 11.60 และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Kennedy และคณะ⁹ ที่พบว่าห้องส้วมชายมีการ ปนเปื้อนมากกว่า ห้องส้วมหญิง โดยสาเหตุที่พบการ ปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในห้องส้วมชาย มากกว่าห้องส้วมหญิง อาจเป็นเพราะพฤติกรรมการใช้ห้องส้วมของผู้ชายมักไม่ทำความสะอาดหลังจาก เสร็จกิจมากกว่าผู้หญิง ซึ่งจากผลการการสำรวจในส หราชอาณาจักรของ Leech¹⁰ ในปี 2009 พบว่า

ผู้ชายมากกว่าร้อยละ 66.00 มักไม่ล้างมือหลังจากการใช้ห้องส้วม และมากกว่าร้อยละ 40.00 ไม่กดโถปัสสาวะภายหลังเสร็จสิ้นภารกิจแล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาห้องส้วมสาธารณะภายในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ใช้บริการส้วมสาธารณะ บริษัทที่ดูแลทำความสะอาด และต้องมีนโยบาย ที่ชัดเจนจากทีมบริหารของบริษัท ท่าอากาศยานเชียงใหม่ จำกัด (มหาชน) มีการประเมิน และการควบคุมกำกับอย่างสม่ำเสมอจากคณะกรรมการ

2. ควรมีการตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนทางจุลชีววิทยาเป็นระยะๆ เพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายของเชื้อก่อโรค และสามารถบ่งชี้ถึงความปลอดภัยทางชีวภาพในการใช้บริการห้องส้วมสาธารณะภายใน ช่องทางฯ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ให้สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

3. ในการศึกษาต่อยอดครั้งต่อไปในเรื่องการทดสอบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ควรศึกษาในเชื้อที่ทำให้เกิดโรคชนิดอื่นๆ ด้วย เช่น *Shigella*, *Salmonella*, *Staphylococcus aureus* และ *Escherichia coli* เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. เจษฎา โชคดำรงสุข. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาส้วมสาธารณะไทยระยะที่ 1 และ 2. [ออนไลน์]. 2567. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก https://env.anamai.moph.go.th/th/sewage/download?id=80322&mid=36126&mkey=m_document&lang=th&did=25829
2. สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย. ตัวชี้วัด 1.2 ประเด็นที่ 5 ส้วมสาธารณะผ่านมาตรฐาน สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS). [ออนไลน์]. 2566. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก https://mwi.anamai.moph.go.th/th/env-kpi-r1-2567/download?id=113550&mid=38814&mkey=m_document&lang=th&did=33971
3. Kramer A, Schwebke I, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systemic review. BMC Infectious Diseases. 2006; 16(6): 130.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2561.
5. ชนานุช พันธุ์เพ็ง, พัชรา เกษมศิริ. การประเมินมาตรฐานส้วม และการทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรียโคลิฟอร์มในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2565; 7: 68-76.
6. พัชรिता โพธิ์งาม, จิราภรณ์ อรนนท์. Evaluation of public toilet in the tour temples in Ubon Ratchathani Municipality [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2558.
7. สุวิษญาน์ ใจหนิม. การศึกษามาตรฐานส้วมสาธารณะในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ถนนเชียงใหม่-ฮอด จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
8. ลักษณีย์ บุญขาว, นฤมล นามวงษ์. การประเมินมาตรฐานห้องส้วม และการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในห้องส้วมสาธารณะ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2562; 21: 140-151.
9. Kennedy D.I, Enriquez C.E, Gerba C.P. Enteric Bacterial Contamination of Public Restrooms. [Internet]. 2010 [cited 2024 February 20]. Available from: <https://cirscience.org/ieq-measurement/enteric-bacterial-contamination-of-public-restrooms/>
10. Leech E. Men's Bad Bathroom Habits are Good for the Environment [Internet]. 2009 [cited 2024 February 20]. Available from: <http://www.treehugger.com/corporate-responsibility/survey-says/>

วารสาร สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2567
VOL.9 NO.3 July - September 2024

Part II

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



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกละเมิดสิทธิในพื้นที่คาบสมุทร อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา เสาวนิต อยู่ดี	301
รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพ ด้วย 3 หมอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน จังหวัดสงขลา มนมัย แคล้วคลอด	308
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุของตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี กฤษฎิณี เรียนทับ	317
สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผลติดเชื้อที่กระดูกตา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จิรณา ประกอบ	325
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษาภาวะติดเชื้อในช่องท้องของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วย วิธีการล้างไตทางหน้าท้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รัฐพล จิตร์ไทย	331
การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนร่วมกับเบาหวานที่มารับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ : กรณีศึกษา นฤมล สุวรรณวิโรจน์	341
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ สุกัญญา เหล่าแค้น ,รวีวัลย์ แพงตา ,วรรณภรณ์ บัวหยาด ,วลัยรัตน์ พิมพ์สาร ,สุพรรณษา ภูษา ,พิชชาพร บุญสูง	349
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย อุบล ตรังเมธีวัฒน์	357
การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากกรก้างติดแน่นและได้รับการผ่าตัดมดลูก สวิษฐา กองสว่าง	366
การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคต่อเยื่อหุ้มสมอง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2566 กัลย์ เนื่องโพธิ์ ,กฤตนันท์ นิลรงค์บุตรกุล	373
การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหากล้ามเนื้ออักเสบในผู้สูงอายุตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี จุติพร ผลเกิด ,เกศรา แสนศิริทวีสุข ,ภูมิพัฒน์ นริษที่ภูวพงษ์	385
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง : กรณีศึกษา 2 ราย เสาวลักษณ์ กิณเรศ	397
การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลว : กรณีศึกษา อภิญา กิตติคุณ	403
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ : กรณีศึกษา 2 ราย จิระศักดิ์ เหล็กเพชร	409
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ : กรณีศึกษา พรพิมล อาจจัน	419
การประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาล หัวหน้าเวร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น อรทัย พรหมานนท์	430
การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการพยาบาล เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : โรงพยาบาลยโสธร วรรณัน จันทราชัย	436
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง : กรณีศึกษา วรรณมา ตาลเพชร	444
ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานรับรองคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นิโลบล ช่วยแสง ,พาณี สีตกะสิน ,พรทิพย์ กิระพงษ์	455



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน	464
เพชรริน วิญญายอ การบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พิศวรรณ พูลสุข	471
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำและมีเลือดออกในสมองบริเวณ ที่ขาดเลือดร่วมกับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง : กรณีศึกษา	478
มณฑา นาคแสง การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะ HELLP syndrome และคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา	490
เมธาวดี ลาภสัมปันน์ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางพูน อำเภอมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี สายน้ำผึ้ง ปิ่นทอง	498
การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา	508
สุนิสา บุตรเอก การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พรสุวรรณ จารุพันธุ์, สิริพร พุทธะกุล, ปณณทัต บณฺฑิต, ชุมศรี ต้นเกตุ	516
รูปแบบความสุขของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี	526
รณภพ เกตุทอง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขાપનમ จังหวัดกระบี่	535
รภัสสา รักแก้ว ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ สุพรรณ จิตรสม, ธันยาพร โคตรชุม, ปณณทัต บณฺฑิต, อธิวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์	543
ผลของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตของพนักงาน ในสถานประกอบการ อำเภอมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	553
ฐาปณีย์ สิงห์บรรณันท์ กรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายเด็กโรคไตอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคติดเชื้อ	564
สุนิสา จันทร์จินดา การพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลาย กับลำไส้เล็กส่วนกลาง: กรณีศึกษา	573
อรสา ลาภเจริญ	

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 35 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ศักยภาพทีมในระดับจังหวัดเพื่อการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวส่วนแสดงในสวนสัตว์ การจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม นวัตกรรมของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของครูสายงานการสอน ความเสี่ยงด้านการบริหารงานงบประมาณ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่อความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ กระบวนการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA การปนเปื้อนไวรัสโรโนในน้ำอุปโภคบริโภคที่ใช้ในโรงแรม การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด พฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไตเรื้อรัง วางแผนจำหน่ายต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียของห้องส้วมสาธารณะ การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกัด (พขอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพ ด้วย 3 หมอ การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องผลติดเชื้อที่กระเจกตา ความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง ผู้ป่วยโรคอ้วนร่วมกับเบาหวานที่มารับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากกรก้างติดแน่น ระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกะปะกัดในพื้นที่คาบสมุท อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา

Development of a Care and Complication Prevention Model for Patients Bitten by Malayan Pit Vipers in the Sathing Phra Peninsula, Songkhla Province.

(Received: September 3,2024 ; Revised: September 20,2024 ; Accepted: September 21,2024)

เสาวนิต อยู่ดี¹

Saowanit Yudee¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกะปะกัด คาบสมุทอำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกงูกะปะกัด 30 คน 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 12 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน 11 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ นำไปสู่การพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) เฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติบริเวณรอยแผลและช่องเปิดของร่างกาย มีแนวทางการรักษากรณีเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ 2) ตรวจเลือดสม่ำเสมอ 3) เฝ้าระวังและประเมินภาวะเลือดออกภายใน 4) ติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง 6 เดือน ผลการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ได้แก่ ด้านคุณภาพบริการ ($\bar{X} \pm SD$; 4.53±0.62) ด้านการให้ข้อมูล (4.43±0.56) ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรให้บริการ (4.30±0.70) และด้านกระบวนการขั้นตอนรับบริการ (4.17±0.59) ด้านประสิทธิผลของรูปแบบ ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการพัฒนามากกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 66.67

คำสำคัญ: งูกะปะ, การดูแลแบบองค์รวม, แบบแผนสุขภาพ, ภาวะแทรกซ้อน, รูปแบบ

Abstract

This study was action research aimed to developing and evaluating a care and complication prevention model for patients bitten by Malayan Pit Vipers in the Sathing Phra Peninsula, Songkhla Province. The sample was purposively selected and included: 1) 30 patients bitten by Malayan Pit Vipers, and 2) A group of 12 public health officers, 3) 5 experts. Data were collected using questionnaires and health status assessments based on Gordon's 11 functional health patterns. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results indicated that the majority of patients could still perform their daily activities almost normally, leading to the development of a model consisting of four steps: 1) Monitoring for abnormal bleeding at the wound site and body openings, with treatment guidelines in case of abnormal bleeding, 2) Regular blood tests, 3) Monitoring and evaluating internal bleeding, and 4) Following up on treatment outcomes for six months. The model implementation results showed that patients had a high to very high level of satisfaction, including service quality ($\bar{X} \pm SD$; 4.53±0.62), information provided (4.43±0.56), service by medical staff (4.30±0.70), and service process (4.17±0.59). The model's effectiveness resulted in a 66.67% reduction in complications after its development compared to before.

Keywords: Malayan pit viper, holistic care, functional health patterns, Model.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสติงพระ จังหวัดสงขลา

บทนำ

ประเทศไทยมีภูมิอากาศร้อนชื้น ทำให้มีสัตว์มีพิษมากมาย โดยเฉพาะงูพิษอาศัยอยู่ชุกชุม งูในประเทศไทยมีมากกว่า 180 ชนิด ทั้งที่มีพิษรุนแรง พิษอ่อน และไม่มีพิษ ภาวะถูกงูพิษกัดเป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อยและมีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาทันที่ การวินิจฉัยและการรักษาผู้ถูกกัดจึงเป็นเรื่องท้าทายสำหรับแพทย์และพยาบาล เนื่องจากความซับซ้อนของอาการและความหลากหลายของชนิดงูที่เกี่ยวข้อง งูกะปะ (Calloselasma rhodostoma) เป็นงูพิษในวงศ์ Viperidae ที่พบได้ทั่วไปในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹ งูกะปะ เป็นงูพิษขนาดเล็ก หัวใหญ่เป็นรูปสามเหลี่ยม ลำตัวเป็นสีน้ำตาลปนแดง มีลายเป็นรูปสามเหลี่ยมสีน้ำตาลเข้ม เกร็ดมีขนาดใหญ่ หากินในเวลากลางคืน โดยเฉพาะในบริเวณที่มีความชื้นในอากาศสูง หลังฝนตก ผู้ที่มีความเสี่ยงมากที่สุดคือเกษตรกรและผู้ทำงานกลางแจ้ง โดยในแต่ละปี มีการรายงานผู้ป่วยถูกงูกัดจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาและฟื้นตัวได้ดีหากได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสม²⁻³ พิษของงูชนิดนี้ประกอบด้วยโปรตีนและเอนไซม์หลายชนิด⁴ มีผลต่อระบบโลหิต ทำให้เกิดเลือดออกผิดปกติ ส่งผลต่อหลอดเลือด และเกร็ดเลือด ทำลาย collagen ของเนื้อเยื่อ ทำให้เลือดออกเฉพาะที่ได้ และเนื้อเยื่อตายจากเอนไซม์ที่ย่อยสลายโปรตีนของพิษงู และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่⁵⁻⁶

อุบัติการณ์ของการถูกงูกะปะกัดในประเทศไทย พบได้ในทุกฤดู กองระบาดวิทยา รายงานข้อมูลสถิติของผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัดพบมากตั้งแต่ปลายฤดูร้อน ฤดูฝนเป็นช่วงที่มีรายงานสูงกว่าฤดูกาลอื่น และลดลงในช่วงฤดูหนาว ภาคใต้มีอัตราป่วยจากงูพิษกัด 17.62 ต่อประชากรแสนคน จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ.2565 มีผู้ถูกงูกะปะกัดทั้งหมด 446 ราย ซึ่งภาคใต้มีอัตราสูงสุดที่ 17.62 ต่อประชากรแสนคน⁷ โดยจังหวัด

สงขลาเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยจากงูกะปะกัดมากเป็นลำดับต้นๆ โดยเฉพาะในอำเภอสติงพระที่มีลักษณะภูมิประเทศเป็นป่าชายเลน มีความชุกชุมของงูกะปะสูง จากสถิติของโรงพยาบาลสติงพระ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยถูกงูกะปะกัดเข้ารับการรักษาทั้งหมด 197 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁸ แม้ว่าโรงพยาบาลสติงพระได้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัดมานาน แต่ก็ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดูแลรักษา เช่น การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ไม่มาพบแพทย์ทันที มีความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกะปะกัด
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกะปะกัด
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อการใช้นแนวทางดูแลผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากงูกะปะกัด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เลขที่ 35/2567 แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาความร่วมมือ มีขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมคือประเด็นการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาความร่วมมือภายในโรงพยาบาลในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถูกงูกะกัด โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) 2 ครั้ง ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 12 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกะกัด รูปแบบการวิจัยเป็นเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมคือประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง กลุ่มเป้าหมายคือผู้เชี่ยวชาญ 5 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้การเก็บคือแบบสอบถาม แบบประเมินสภาวะสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน 11 ด้าน ที่ประกอบด้วยคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด แบบสังเกตพฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94 และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ที่ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้ป่วยที่ถูกงูกะกัด มารับบริการที่โรงพยาบาลสติงพระตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ถูกงูกะกัด 2) มีญาตินำซากงูมาหรือยืนยันได้ว่าเป็นงูกะปะ 3) มีผลเลือดที่แสดงถึงความผิดปกติของการแข็งตัว และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ที่ถูกสัตว์อื่นที่ไม่ใช่งูกัด และ 2) ปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบสัมภาษณ์ 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านกระบวนการขั้นตอนรับบริการ (2) ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรผู้

ให้บริการ (3) ด้านการให้ข้อมูล (4) ด้านคุณภาพการให้บริการ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่ถูกงูกะกัด 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผลการประยุกต์แบบแผนการดูแลสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) 11 แบบแผน แนวคิดและแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน 11 แบบแผน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีแบบแผนการดำรงชีวิตที่ค่อนข้างปกติ ทั้งด้านการกิน การขับถ่าย การทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ บทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงเพศสัมพันธ์ และมีความเชื่อมั่นต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ แต่ก็มีปัญหาในบางด้าน เช่น การขาดความรู้ในการป้องกันตนเองก่อนถูกงูกัด และการปฏิบัติตัวหลังถูกกัด การมีอาการปวดรบกวนการนอนหลับ และมีความเครียดในระดับสูง ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการจัดการแก้ไข รวมถึงส่งเสริมความเชื่อมั่นการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อลดการพึ่งพาการรักษาทางเลือกอื่นๆ อันจะช่วยให้การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกะกัดเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น **แบบแผนที่ 1** การรับรู้และการดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยรู้สาเหตุของการถูกงูกัดถูกต้อง ขาดการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะเข้าไปในที่รกทึบ **แบบแผนที่ 2** การรับประทานอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรับประทานอาหารและการดื่มน้ำเพียงพอ **แบบแผนที่ 3** การขับถ่าย พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีพฤติกรรมการขับถ่าย ปัสสาวะและลักษณะสีปัสสาวะปกติ **แบบแผนที่ 4** กิจกรรมและการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรับประทานอาหารเพียงพอ แต่ก็มีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งที่มีอาการปวดรบกวนการนอนหลับ **แบบแผนที่ 5** การพักผ่อนนอนหลับ พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนหลับเพียงพอ แต่ก็มีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งที่มีอาการปวดรบกวนการนอนหลับ **แบบแผนที่ 6** สติปัญญาและการรับรู้ พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีการรับรู้อาการปวดหรือชา **แบบแผนที่ 7** การรับรู้

ตนเองและอัตมโนทัศน์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเอง และเห็นว่าการเจ็บป่วยนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว **แบบแผนที่ 8** บทบาทและสัมพันธภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และไม่มีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ **แบบแผนที่ 9** เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลต่อความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรส **แบบแผนที่ 10** การปรับตัวและการเผชิญความเครียด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ และโดยรวมมีความเครียดในระดับปานกลางถึงมาก **แบบแผนที่ 11** คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่าจะได้รับการรักษาให้หายได้จากโรงพยาบาล และต้องการการรักษาแบบการแพทย์ทางเลือกหลังจากออกจากโรงพยาบาล

รูปแบบการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูทะเลกัด

1) การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ

1.1 ตรวจสอบรอยขีดและเลือดออกใต้ผิวหนัง:

ผู้ป่วยทำการตรวจสอบรอยแผลของตนเองเป็นประจำ วันละ 1 – 2 ครั้ง สังเกตดูสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีเลือดซึมไหลออกมาหรือไม่ หากมีรีบแจ้งโรงพยาบาลทันที

1.2 การสังเกตเลือดออกจากช่องเปิดของร่างกาย ได้แก่ เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามเหงือก ในช่องปาก หรือเลือดในปัสสาวะ

2) ตรวจเลือดอย่างสม่ำเสมอ โดยพิจารณาค่าเกร็ดเลือด จำนวนเกร็ดเลือดปกติควรอยู่ระหว่าง 140,000–440,000 platelets/mm³ หากพบว่ามีปริมาณต่ำกว่าค่านี้นี้แสดงว่ามีความผิดปกติ และการตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (Coagulation Tests) เช่น PT (Prothrombin Time), aPTT (Activated Partial Thromboplastin Time) และ INR (International Normalized Ratio) สามารถช่วยในการประเมินการทำงานของระบบการแข็งตัวของเลือด หากมีค่ายาวนานกว่าปกติ แสดงถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ

3) การเฝ้าระวังและประเมินภาวะเลือดออกภายใน โดย (1) การประเมินอาการทางคลินิก การเฝ้าระวังอาการ เช่น ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หรือความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจบ่งบอกถึงการเกิดเลือดออกภายใน เช่น เลือดออกในช่องท้องหรือช่องอก (2) การใช้ภาพถ่ายทางการแพทย์: ในบางกรณีอาจต้องใช้เทคนิคการถ่ายภาพ เช่น อัลตราซาวด์หรือ CT scan เพื่อตรวจสอบว่ามีเลือดออกภายในที่ไม่สามารถสังเกตได้ด้วยตาเปล่าหรือไม่

4) การรักษาและจัดการภาวะเลือดออกผิดปกติ แบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่ (1) การให้ส่วนประกอบของเลือด ในกรณีที่มีเลือดออกมากหรือค่าเกล็ดเลือดต่ำมาก เช่น พลาสมา (plasma) หรือเกล็ดเลือด (platelets) อาจจำเป็นเพื่อลดภาวะเลือดออกผิดปกติ (2) การให้ยาแก้พิษ (Antivenom) การให้เซรุ่มแก้พิษงูทะเลโดยเร็วที่สุดหลังจากถูกกัดจะช่วยลดความรุนแรงของพิษและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ และในบางกรณีอาจต้องให้ยาที่ช่วยเสริมการแข็งตัวของเลือดเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดออก

5) การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง หลังจากให้การรักษแล้ว ตรวจสอบอาการทางคลินิกและทำการตรวจเลือดซ้ำเป็นระยะ เพื่อให้แน่ใจว่าภาวะเลือดออกผิดปกติได้รับการจัดการอย่างถูกต้องและไม่เกิดขึ้นอีก และการให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่บ้าน

โดยการส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการถูกงูกัด รวมถึงการปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเพศชายวัยแรงงาน ผ่านความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุข ท้องถิ่น และภาคประชาสังคม รวมถึงการสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจระหว่างบุคลากรการแพทย์และชุมชน ในการบูรณาการการรักษาแผนปัจจุบันกับองค์ความรู้พื้นบ้านอย่างเหมาะสม เพื่อลดความขัดแย้งและเพิ่มความร่วมมือในการดูแลรักษา

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูทะเลกัด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยก่อน - หลัง การพัฒนารูปแบบ

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)
ภาวะเลือดออกผิดปกติ	3 (10.00)	1 (3.33)
เกร็ดเลือดต่ำ (ผิดปกติ)	0	0
ภาวะเลือดออกภายใน	0	0

จากตาราง จะเห็นว่าหลังการพัฒนารูปแบบ
เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะเลือดออกผิดปกติ
บริเวณรอยแผลลดลงเหลือ 1 คน ร้อยละ 3.33

**ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อการ
ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและป้องกันภาวะ แทรก
ซ้อนจากงูกะปะกัต**

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อรูปแบบดูแลผู้ป่วยและป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนจากงูกะปะกัต (n=30)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบ	ค่าเฉลี่ย (x)	S.D.	ระดับ
ด้านกระบวนการขั้นตอนรับบริการ	4.17	.592	มาก
ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ	4.30	.702	มาก
ด้านการให้ข้อมูล	4.43	.568	มาก
ด้านคุณภาพการให้บริการ	4.53	.629	มากที่สุด
ความพึงพอใจรวม	4.35	.339	มาก

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อ
รูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$, $SD. = .339$) เมื่อ
จำแนกรายด้านพบว่า ด้านคุณภาพบริการอยู่ใน
ระดับมากที่สุด ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับมาก

สรุปผลและอภิปรายผล

จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล
ของกอร์ดอนในการพัฒนารูปแบบการดูแลและ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถูกงูกะปะกัตในพื้นที่
คาบสมุทราณาเภสียงพระ จังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่ยังมี
แบบแผนการดำรงชีวิตที่ค่อนข้างปกติ ทั้งด้านการ
กิน การทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้บทบาทหน้าที่
ต่างๆ รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ปกติ แต่ก็ยังพบว่า
บางส่วนมีอาการปวดในเวลาอนหลับ และมีความ
เครียดในระดับสูง ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรให้
ความสำคัญในการจัดการแก้ไข เนื่องจากความเครียด
และอาการเจ็บปวด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการ
นอนหลับของผู้ป่วย⁹ ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความเครียด ความปวด กิจกรรมการพยาบาล และ

คุณภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับใน
ผู้ป่วยเด็กโรคกระเพาะที่ได้รับเคมีบำบัด และปัจจัยด้าน
ร่างกายที่ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการนอนหลับ คือ
ความเจ็บปวดต่างๆ การหายใจลำบาก และการถ่าย
ปัสสาวะบ่อย ส่งผลต่อคุณภาพด้านการนอนหลับ
เช่นกัน¹⁰ ซึ่งจะเห็นได้ว่า แม้ผู้ป่วยสามารถดำเนิน
ชีวิต ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติก็ตาม แต่
ก็ยังคงมีความรู้สึกปวดจากแผลที่ถูกกัด ซึ่งความ
เจ็บปวดนี้ส่งผลต่อการนอนหลับ ประกอบกับผู้ป่วยมี
ความเครียด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการปวดที่
เกิดขึ้น ฉะนั้นแล้วควรมีการส่งเสริมสุขภาพ การ
ฟื้นฟูหลังจากโดนงูกัด อาจมีการประยุกต์การส่งเสริม
การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย หรือแพทย์
ทางเลือก อันจะช่วยให้การดูแลและป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ถูกงูกะปะกัตเป็นไปอย่าง
ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹¹

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ถูกงูกะปะกัต
ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงานเพศชาย มี
การศึกษาระดับต่ำถึงปานกลาง และมีโรคประจำตัว

ร่วมด้วยหลายราย ซึ่งลักษณะประชากรเหล่านี้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า เพศชายวัย แรงงานมีความเสี่ยงสูงในการประสบเหตุจากงูพิษกัด เนื่องจากลักษณะการทำงาน และขาดความรู้ในการ ป้องกันตนเอง¹² ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเพียงอาการเดียว คือ การมี เลือดไหลออกบริเวณแผล ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาทำ แผลซ้ำที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นแผลชนิด Puncture wound และแผล Laceration wound บริเวณตำแหน่งเท้า มือ ขา พบว่าแผลเป็น Cellulitis และ no complication และเมื่อทำการรักษาจน แผลหายเป็นปกติแล้ว ติดตามอาการ 6 เดือนไม่พบ ภาวะผิดปกติ แม้ว่าการพัฒนารูปแบบดังกล่าว สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกายและ จิตใจของผู้ป่วยได้ดี สะท้อนจากความพึงพอใจ โดยรวมที่อยู่ในระดับมาก แต่การขับเคลื่อนให้เกิดผล สำเร็จได้จริงนั้น ต้องประสานความร่วมมือจากทุก ภาคส่วนในการร่วมกันดำเนินการ ตั้งแต่การป้องกัน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการให้ความรู้ และการฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ประชาชนในพื้นที่คา สมุทรสทิงพระเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากงูพิษ อีกทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่อาจ ขัดแย้งกับการรักษาแผนปัจจุบัน ซึ่งประเด็นนี้มี

ความสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน จึงจำเป็นต้องได้รับการจัดการแก้ไข อย่างเป็นระบบในแง่ของการให้ความรู้ ซึ่งมี ความสัมพันธ์กับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ สอดคล้องกับด้านความเชื่อการรักษาพยาบาล หาก สามารถจัดการความรู้ของผู้ป่วยภายใต้ความเชื่อที่ ผู้ป่วยมี¹⁴ อาจเกิดกลวิธีใหม่ๆ ในด้านการรักษาหรือ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และควรให้ความรู้แก่ ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจาก พิษงูและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อถูกงูกัด เพื่อ ลดอัตราการบาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตลง ซึ่งต้อง อาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ ชุมชนในการเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย และเข้าถึงได้กว้างขวาง

ข้อเสนอแนะ

การสร้างความรู้ ความเข้าใจของทีมนุสสุภาพใน การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมถึงสร้างความเชื่อมั่น ในระบบการรักษาแผนปัจจุบันแก่ชุมชน โดยการ ประยุกต์ศาสตร์ความรู้ของชุมชนกับการรักษาแผน ปัจจุบัน จะก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงจากการถูกงูพิษกัดได้

เอกสารอ้างอิง

1. Phongthep Suwannawan, Thaksin Achawakom, Colin T. Strine, Curt Barnes, Tyler Knierim, Bartosz Nadolski. Abundance and spatial ecology of venomous snakes in human dominated landscapes near Sakaerat Environmental Research Station. Nakhon Ratchasima: Biology major School of Science Suranare University of Technology; 2020 Oct p. 71. Report No.: SUT1-104-59-24-03.
2. The Monitoring and Surveillance Center for Zoonotic Diseases in Wildlife and Exotic Animals. MoZWE. [cited 2024 Sep 2]. The Monitoring and Surveillance Center for Zoonotic Diseases in Wildlife and Exotic Animals. Available from: <https://vs.mahidol.ac.th/mozwe/en/>
3. Kawee Rattanabanangkun, Chaowalit Nakthong, Srisurat Imkhiao, Wannapa Ketsapichayawattana, Rungthiwa Sirimujarin. Study on the effect of locally injected enzyme inhibitors/antibody in the prevention/reduction of local tissue necrosis in pig injected with Naja kaouthia or Calloselasma rhodostoma venom. 2009 [cited 2024 Sep 3]; Available from: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:75853
4. Siripom Phongsraphang, Anuwat Pinyachat. Reduction of Enzyme Activity of Serine Protease of Calloselasma rhodostoma by Synthetic Tripeptides, pERW and pEKW. Khon Kaen; 2019.

- 5.Nissara Lorthong. Histopathological Change of Cardiac Muscle, Kidney, Liver and Skeletal Muscle Following Envenomation by *Calloselasma rhodostoma* (Malayan Pit Viper), *Trimeresurus hageni* (Hagen Pit Viper) and *Ophiophagus hannah* (King Cobra) in Rats. [Songkla]: Prince of Songkla University; 2021.
- 6.Uraivan Silpsupakornwong. venomous snake : toxicologic and treatment. Thai Journal of Hospital Pharmacy. 2017 Aug;27(No 2):87–99.
- 7.Department of Disease Control. Epidemiological Surveillance Report 2021. Nontaburi: Department of Disease Control; 2021 p. 645.
- 8.Songkhla Provincial Public Health Office. Health Data Center. 2023 [cited 2024 Sep 3]. Cause of illness and death. Available from:
https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=491672679818600345dc1833920051b2
- 9.Prisana Wanich, Wantanee Wiroonpanich, Pissamai Wattanasit. Influences of Stress, Pain, and Nursing Care Activities on Sleep Quality in Children with Cancer Receiving Chemotherapy. 2019 Mar;39(1):28–40.
- 10.Sudararat Chalarty, Chiraporn Tachaudomdach, Pikul Boonchuang, Wichit Srisuphan. Sleep Quality and Factors Interfering with Sleep among Hospitalized Patients in Medical Units. The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2550;22(4):50–50.
- 11.Sirirat Laohaprapanon, Kanyatom Yincharoen, Sarinrat Jitjum. A study of traditional healers knowledge for treating snakebite patients in southern Thailand. Nakhon Si Thammarat: Department of Traditional Thai Medicine, Faculty of Science and Technology, Rajamangala University of Technology Srivijaya, Nakhon Si Thammarat Campus, Thung Song, Nakhon Si Thammarat; 2019 p. 99.
- 12.Kumari¹ MV, Bannur² DV, Kokatanur³ DC, Patil⁴ DAV. Pattern of Snake Bite Cases at Tertiary Health Care Centre and First Aid Treatment. Medico Legal Update. 2020 May 22;20(2):211–6.
- 13.Wijit Srisuphon, Kusuma Khuwatsamrit, Phichpraorn Youngcharoen. Relationships Among Nurses' Personal Factors, Knowledge, Attitudes, and Acute Pain Management for Trauma Patients in Emergency Department. Ramathibodi Nursing Journal. 2022 Aug;28(2):228–39.
- 14.Surachet Khuhalerd. Philosophy of therapeutic ritual in thai tradition [Thesis, Doctor of Philosophy Program]. [Phitsanulok]: Naresuan University; 2022.

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพ ด้วย 3 หมอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน จังหวัดสงขลา

District Health Board operating Pattern connected with the Implementation of 3-Healthcare
Team for Acute Ischemic Stroke Patient, Songkhla Province.

(Received: September 10,2024 ; Revised: September 21,2024 ; Accepted: September 22,2024)

มนมัย แคล้วคลอด¹

Manamai Khlaewkhlod¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอในการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน และแผนการพัฒนากการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างมี 3 ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 6 คนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน จำนวน 3 คน ทีม 3 หมอ จำนวน 7 คน ใช้ข้อมูลจากการประเมินตนเองการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอด้วย UCCARE และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-dept interview) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จัดกลุ่มตามประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการดำเนินการครบถ้วนตามองค์ประกอบ UCCARE คะแนนผลการประเมินตนเอง เฉลี่ยเท่ากับ 3 มีการเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเรื้อรัง ได้แก่ การสะท้อนข้อมูลสุขภาพจากการดำเนินงานของ 3 หมอ ทำให้มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของเครือข่ายอำเภอชัดเจน การคัดเลือกประเด็นแก้ปัญหา เรื่องอาหารปลอดภัยซึ่งสนับสนุนการลดโรคจากการบริโภคอาหาร การสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอ ในโครงการ รู้ทัน โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน ในระยะเฉียบพลัน เข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา และป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำได้

Abstract

The objectives of this qualitative research were to study of district health board (DHB) operating pattern connected with the implementation of 3-healthcare team for acute Ischemic stroke patient and study of health care plan for patient who risk to acute ischemic stroke. Sample group was divided 3 groups, district health board 6 persons, acute ischemic stroke patient 3 persons, 3-healthcare team 7 persons. Data were collected from self-assessment report of UCCARE, in-dept interview. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and qualitative data were analyzed by content analysis.

The results found that district health board complete absolutely by UCCARE self-assessment report and average score was 3. District health board operating pattern connected with the implementation of 3-healthcare team for acute ischemic stroke patient were reflection health data to patient with diabetes/hypertension healthcare policy, one issue of district health board was safety food that support reduce risk to diabetes/hypertension, resource sharing for awareness stroke project.

Keywords: District health system, Acute Ischemic stroke, 3-healthcare team

บทนำ

ประเทศไทย ได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงาน

ด้านสุขภาพของประเทศ องค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย¹ และ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ได้บัญญัติไว้ให้มี ระบบการแพทย์

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ปณฺมณฺมิตีมีแพทยเวทศาสตรครอบครวดูแลประชาชน
ในสัดส่วนที่เหมะสม²โดยมีการปฏิรูประบสสุขภาพ
ตามกรอบแนวคิด ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของ
องค์การอนามัยโลก (six building blocks of health
system หรือ 6BBs)เป็นแนวทางให้ระบบสุขภาพมี
ความเข้มแข็ง ด้วย 6 องค์ประกอบหลัก 1.การ
ออกแบบระบบบริการสุขภาพ (service delivery) 2.
กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) 3. ระบบ
ข้อมูลสารสนเทศ (health information systems 4.)
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing) 5. สื่อองค์ความรู้
(access to essential medicines) 6. ภาวะผู้นำและ
ธรรมาภิบาล (leadership /governance) โดยผลจาก
การบริหารจัดการ Building Block ทั้ง 6 นี้จะส่งผลให้
เกิด Intermediate outcome ได้แก่ การเข้าถึง
บริการ (Access) การเพิ่มการครอบคลุมการบริการ
(Coverage) คุณภาพบริการและความปลอดภัย
(Quality and Safety) อันจะส่งผลให้เกิดOutcome
ของระบบสุขภาพ 4 ด้าน คือ ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น
(Improve health) ตอบสนองความต้องการ
(Responsiveness)การป้องกันความเสี่ยงทางด้าน
สังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากค่า
รักษาพยาบาล (Social and Risk protection) และ
เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ (Improved efficiency)³
ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของ
ประเทศไทยมาโดยตลอด

ในปี 2561 รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ(พขอ).⁴ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนา
คุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปใน
ทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบ
และมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกัน
ระหว่าง หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาค
ประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการ
มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ตามหลักการ
“พื้นที่เป็นฐาน มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยให้ทุก
ภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วม ให้ความสำคัญกับการ
ส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพควบคู่กับการ
พัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไก

ของเครือข่ายที่ประสานงานสร้างความร่วมมือกัน
จังหวัดสงขลามีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พขอ.
ตั้งแต่ปี งบประมาณ 2559 ตามนโยบายกระทรวง
สาธารณสุข มีการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และ
สุขภาพชุมชน ตามองค์ประกอบ UCCARE ซึ่ง
สอดคล้องกับกรอบแนวคิดกับการพัฒนาระบบ
สุขภาพของประเทศ มุ่งเน้นการทำงานร่วมกับภาคี
เครือข่าย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เมื่อประกอบ
กับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประชาชนคนไทยมี
หมอประจำตัว 3 คน หมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอคนที่
2 คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่
ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ หมอคนที่ 3 คือ หมอ
ครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์
เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการได้อย่าง
ทั่วถึง ไร้รอยต่อ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของการดูแล
ประชาชนของ 3 หมอ และคุณค่าของงานปณฺมณฺมิตี
จังหวัดสงขลาจึงได้จัดเก็บข้อมูลปี 2566 ระหว่าง
เดือน มกราคม-กรกฎาคม ในพื้นที่เป้าหมาย(1
catchment area ประชากร 10,000 คน)ในทุกอำเภอ
พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะ
เฉียบพลันเข้าถึงห้องฉุกเฉินภายใน 60 นาที (onset
to ER ภายใน 60 นาที) ได้ร้อยละ 41.05 (เป้าหมาย
ร้อยละ 80)⁵ มีอำเภอ 1 แห่ง ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ ร้อยละ
100 จากการศึกษาผลการพัฒนาระบบการจัดการดูแล
ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กลไกคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยรวม มีความ
ร่วมมือในระดับสูง⁶ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
เฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและ
หลอดเลือดของตำบลเทพศิรี อำเภอนาวัง จังหวัด
หนองบัวลำภู⁷ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม อาสาสมัครมี
ความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ผลลัพธ์ของ
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดย
ประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและ
ชุมชน⁸พบว่า การประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอ
ครอบครัว และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่า การไม่ได้รับการประสาน
ความร่วมมือของทีมหมอครอบครัวและชุมชน จึง
สนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอ(พชอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ในพื้นที่อำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นอำเภอที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาร้อยละ 100

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแผนการพัฒนากการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอ ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ใช้แหล่งข้อมูล จากข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลการบันทึกการประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE ผลการตรวจราชการระบบสุขภาพปฐมภูมิรอบปกติ ครั้งที่ 2/2566 ข้อมูลปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-dept interview) เลือกคัดเลือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมแบบเจาะจงได้แก่ 1.คณะกรรมการพัฒนาคคุณภาพชีวิต (พชอ.) 2.ทีม 3 หมอ 3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลันที่เข้ารับรักษาแล้วได้ทันเวลาภายในเวลา 60 นาที(onset to ER 60 นาที) จำนวนทั้งหมด 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) รายงานผลการประเมินตนเองในการดำเนินงานพัฒนาคคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ตามแนวทาง UCCARE ซึ่งประกอบด้วย

U: unity team คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ

C: customer focus คือ การทำให้ประชาชนมีสุขภาวะดีขึ้น

C: community participation คือ การมีส่วนร่วมของ เครือข่ายและชุมชน

A: appreciation คือ การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

R: resource sharing and human development คือ การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร

E: Essential care คือ การให้บริการสุขภาพตามที่จำเป็น

2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก มีทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ คณะกรรมการพัฒนาคคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การดำเนินงานพัฒนาคคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปี 2565-2566 ตามองค์ประกอบ UCCARE ที่เกี่ยวข้องกับ ระบบสุขภาพอำเภอ 2) แบบการสัมภาษณ์ หมอคนที่ 1 เป็นอสม.ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลันเป้าหมาย ใช้คำถามปลายเปิด 3) แบบสัมภาษณ์ หมอคนที่ 2 และ 3 เป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ แพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลัน ใช้คำถามปลายเปิด 4) แบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลัน ใช้คำถามปลายเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ข้อมูลทั่วไปจากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประสบการณ์การอบรม ประสบการณ์การทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่จำนวน ร้อยละ

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นสำคัญในการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ระดับจังหวัด ของจังหวัดสงขลาแล้ว หมายเลขรับรอง 51/2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 6 คน เข้าร่วมในการศึกษาเป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 3 คน อยู่ในช่วงอายุ 45 – 65 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ ส่วนใหญ่เป็นมาแล้วมากกว่า 2 ปี

2) ทีม 3 หมอ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 44 – 57 ปี ระดับการศึกษา หมอคน

ที่ 1 วุฒิกศศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี หมอคนที่ 2 และ หมอคนที่ 3 การศึกษา ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งหมดทำงานในชุมชน ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป

3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 คนที่เข้าร่วมในการศึกษา เป็นเพศชาย 2 เพศหญิง 1 คน อายุมากกว่า 60 ปี ทั้ง 3 คน อายุเฉลี่ย 70 ปี ทั้ง 3 คนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโรคเบาหวานร่วมด้วย 1 คน และมีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย 1 คน ทั้ง 3 คนเมื่อมีอาการนำของการโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน มาถึงโรงพยาบาลได้ภายในเวลา 60 นาที เข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา หลังจากได้รับการรักษา และฟื้นฟูสภาพ ในการเยี่ยมติดตามเป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วย 3 คน กลับมาเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ และไม่ถูกส่งกลับโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดเป็นซ้ำ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นสำคัญจากการประเมินผลตนเองตามแนวทาง UCCARE และการสัมภาษณ์เชิงลึก

1) ผลการศึกษา รูปแบบการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE

การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้มีการประเมินตนเอง ในโปรแกรม CL UCCARE มีการบันทึกได้ครบทุกองค์ประกอบ สรุปคะแนนผลการประเมินได้ 3 ผ่านตามตัวชี้วัด ของงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผลวิเคราะห์

U: Unity team คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ที่มี

บทบาท ได้แก่ กำหนด แผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ติดตาม สนับสนุน ช่วยเหลือให้มีการขับเคลื่อนตาม แผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ โดยการประชุมคณะกรรมการฯ 3 เดือน/ครั้ง การประสานงานกับภาครัฐ เอกชน มีทั้งภายในและภายนอกอำเภอ มีการประสานงานกันอย่างเป็นทางการและการประสานแนวราบ เพื่อให้เกิดการรับรู้ เข้าใจปัญหา และนำนโยบายไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นายอำเภอซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้ความสำคัญมีการติดตามงาน พชอ. ในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการทุกเดือน

C: customer focus คือ การทำให้ประชาชนมีสุขภาวะดีขึ้น มีการทำงานของแต่ละภาคส่วนร่วมกับชุมชน สื่อสารให้ประชาชน รู้ว่า ควรดูแลตนเอง ครอบคลุม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม อย่างไร ให้มีสุขภาพดี ปลอดภัย ผ่านการประชุมกันนั้น ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การประชุมหมู่บ้าน ซึ่งจัดขึ้นทุกเดือน เป็นช่องทางให้คนในชุมชน ได้มารับรู้ข้อมูล ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน สะท้อนข้อมูล ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหอกระจายข่าว ป้ายประกาศ การเฝ้าระวังโรค มีการสื่อสารทางไลน์กลุ่มหมู่บ้าน ในกลุ่มประชาชนเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มเปราะบาง กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มติดบ้านติดเตียง ติดต่อกันโดยตรง กับ อสม.ที่รับผิดชอบ ทั้งทางโทรศัพท์ หรือทาง ไลน์

C: community participation คือ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ประชุม ร่วมกันเพื่อเลือกประเด็นการพัฒนา โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามา คืบข้อมูลการทำงานในชุมชน ได้แก่ สาธารณสุข อำเภอ โรงพยาบาล เทศบาล อบต. พัฒนาชุมชน และตัวแทนจากพื้นที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ซึ่งทุกฝ่ายมีความเห็นร่วมกันว่า ประเด็นปัญหาของอำเภอ ที่ต้องขับเคลื่อนการทำงานด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ อาหารปลอดภัย การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม การดูแลกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยติดเตียง ในทั้ง 3 ประเด็นนี้ ได้แต่งตั้ง

คณะกรรมการจาก ภาศึเครือข่าย จากภาครัฐ เอกชน ขับเคลื่อนการทำงาน

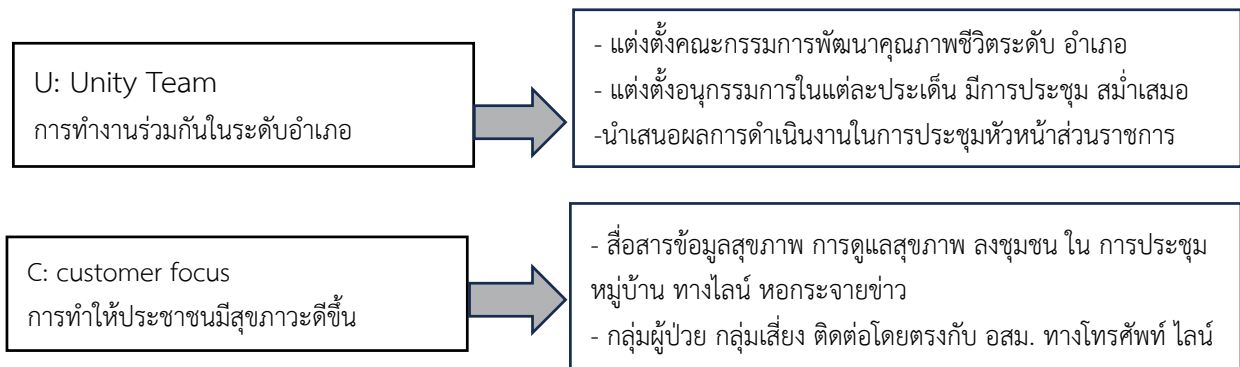
A: appreciation คือ การดูแลพัฒนา และ สร้างความพึงพอใจ ให้กับ ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ด้วยการ จัดประชุมคณะกรรมการ คณะกรรมการ สรุปลผลการดำเนินงาน ขอบคุณ ชื่นชม ผลการทำงาน ในเรื่องที่เป็นประเด็นปัญหาในพื้นที่ สนับสนุนให้เพิ่ม ศักยภาพให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ การอบรม อสม.เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน การตรวจวัดความ ดันโลหิตที่บ้าน ให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันไม่ได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแล รับผิดชอบคลินิกเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้เข้าร่วมประชุม ใน คณะกรรมการโรคติดต่อไม่เรื้อรังของอำเภอทุกครั้ง ได้รับข้อมูล ความรู้ อย่างสม่ำเสมอ แต่ การสร้าง แรงจูงใจ หรือสร้างความผูกพัน เพื่อให้เห็นคุณค่าการ ทำงานยังปรากฏให้เห็นไม่ชัดเจน

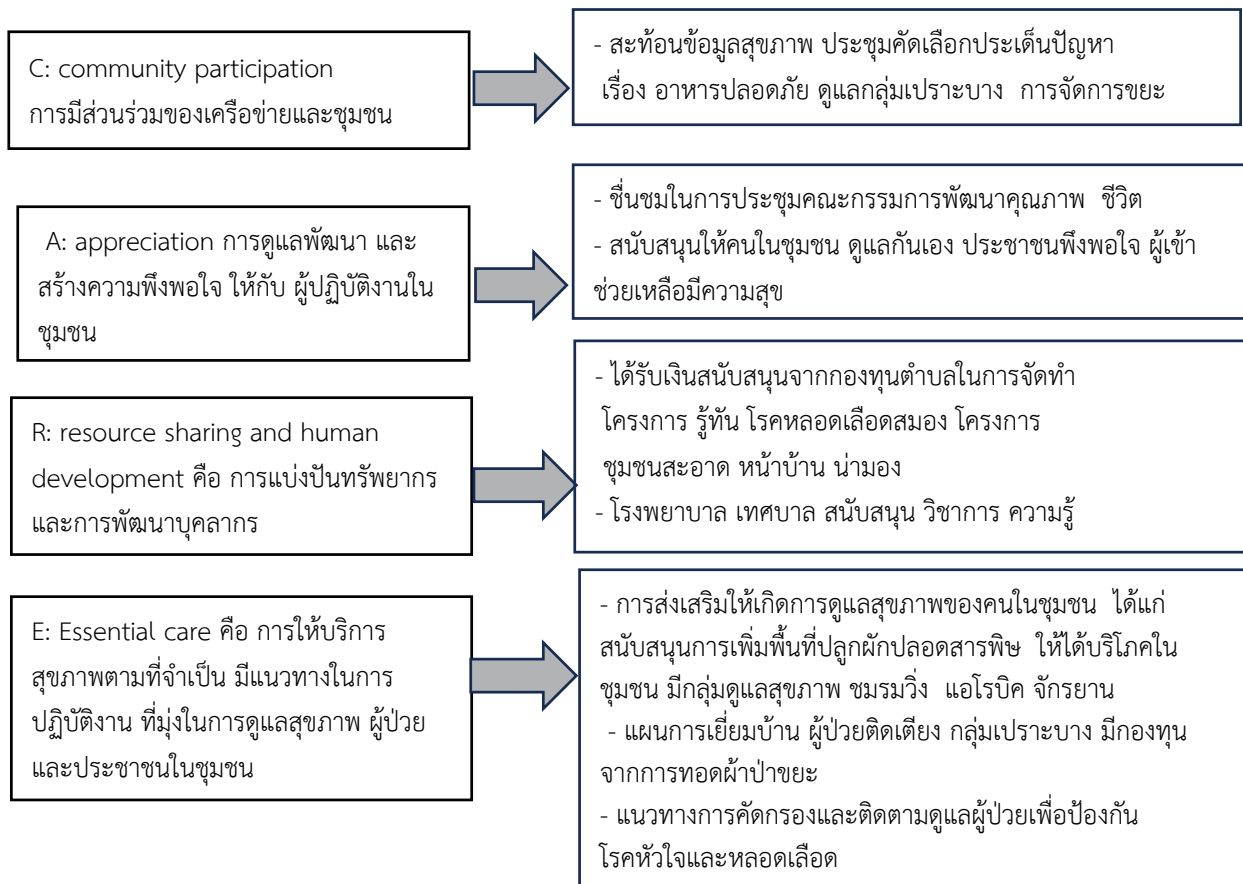
R: resource sharing and human development คือ การแบ่งปันทรัพยากรและการ พัฒนาบุคลากร พบว่า ในการดำเนินกิจกรรมตาม ประเด็นปัญหาทั้ง 3 ประเด็น มีการใช้ทรัพยากร ร่วมกัน ทั้ง คน เงิน และสิ่งของร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พัฒนา ชุมชน เกษตรอำเภอ เทศบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนตำบล ใน การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ มีโครงการ รู้เท่าทันโรคหลอดเลือดสมอง มีกิจกรรม ฝึกอบรม อสม.ให้มีความรู้เรื่องโรค การป้องกันโรค

ตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การจัดซื้อเครื่องวัด ความดันโลหิต/เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด ไว้ในชุมชน การจัดซื้อเครื่องตรวจวัดปริมาณน้ำตาล/ไขมันใน อาหาร จัดทำสติ๊กเกอร์แจ้งเตือนอาการที่ต้องเฝ้าระวัง โรคหลอดเลือดสมอง ติดไว้ที่บ้านผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรค โครงการชุมชนสะอาด หน้าบ้าน นามอง เพื่อให้ประชาชนดูแลความสะอาดรอบบ้าน ปลุก ผักปลอดสารเคมีไว้รับประทานในครัวเรือน

E: Essential care คือ การให้บริการสุขภาพตามที่ จำเป็น มีแนวทางในการปฏิบัติงาน ที่มุ่งในการดูแล สุขภาพผู้ป่วยและประชาชนในชุมชน การดูแลผู้ป่วยที่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แนว ทางการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนสู่ โรงพยาบาล กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้เรื่อง การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สูงสุด มีการจัดตั้งชมรมการออกกำลังกาย ชมรมแอโร บิค ชมรมจักรยาน ผู้ที่เข้าร่วมในชมรมส่วนใหญ่เป็นผู้ มีสุขภาพดี ผู้ป่วยเรื้อรังเข้าร่วมเป็นสมาชิกน้อยด้วย ภาวะโรค และยังขาดการสนับสนุนการจัดกลุ่มออก กกำลังกายสำหรับผู้ป่วย การดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อการ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้ใน การคัดแยกขยะในชุมชน การรณรงค์ให้เป็นอำเภอ ปราศจากโฟมบรรจุอาหาร ลดใช้ถุงพลาสติกในชุมชน การให้ชุมชนเข้าร่วมโครงการชุมชนสะอาด หน้าบ้าน นามอง ดูแลสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน/พื้นที่สาธารณะ เพิ่มพื้นที่ปลูกผักปลอดสารเคมีไว้บริโภคมีเหลือ จำหน่าย มีตลาดสีเขียวในโรงพยาบาลจำหน่ายพืชผัก อาหารปลอดภัยที่ผลิตในชุมชน

สรุปผลการศึกษารูปแบบการดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
องค์ประกอบ การขับเคลื่อน





2) ผลการศึกษา การดูแลและป้องกันภาวะโรค หลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลันด้วย 3 หมอ การดูแลเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง โดย 3 หมอ เริ่มจากการมีนโยบายที่ชัดเจน มี ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่ม ป่วย กลุ่มที่ภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงต่อการเกิดโรค กำหนดบทบาทหน้าที่ ของ 3 หมอ และมีการเชื่อมโยง และส่งต่อข้อมูลกัน

หน่วยงานได้จัดทำโครงการรู้เท่าทัน โรคหลอดเลือด สมอง จัดอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้าน สอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีอาการที่สงสัย ให้ เข้าถึงโรงพยาบาลด้วย 1669 หรือสอบถามอาการ สงสัยโดย โทรปรึกษาเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. ได้ มีการ ติดตามกลุ่ม CVD risk โดย ส่งข้อมูลให้ หมอคนที่ 1 ติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน ถ้าผลการตรวจมี ความผิดปกติ ควบคุมไม่ได้หมอคนที่ 2 ลงไปดูแล ถ้า มีปัญหาซับซ้อนส่งต่อข้อมูลให้หมอคนที่ 3 ที่เป็น

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว วางแผนการรักษา กลุ่มที่ ต้องเยี่ยมบ้าน พยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จะคัด กรองว่า ผู้ป่วยกลุ่มไหนที่มีความจำเป็นต้องมีการ เยี่ยมบ้าน แจ้งโรงพยาบาล ประสานทีมลงเยี่ยม ประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วยลงครัวเรือน ได้ ดูแล ผู้ป่วย ญาติ ค้นหาปัญหาที่แท้จริง

การส่งต่อข้อมูลในการติดตาม ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใน app CVD risk มี แบบฟอร์มการติดตามเยี่ยมบ้านที่หมอคนที่ 3 สร้าง ขึ้น และหมอคนที่ 3 ออกตรวจให้บริการในคลินิกโรง เรืองรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ สัปดาห์ละ 1 วัน ช่วง เช้าอยู่คลินิก ช่วงบ่าย ออกเยี่ยมบ้านกับทีมสห วิชาชีพ เยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยง ควบคุม ความดันโลหิตหรือน้ำตาลไม่ได้ หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นสถานที่ฝึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวด้วย มี แพทย์ลงชุมชนได้ต่อเนื่อง มีข้อมูลเป้าหมายทั้งหมด เข้าถึงได้ บริการได้ตลอดเวลา

3) การดูแลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในระยะเฉียบพลันได้รับ ก่อนและหลังการเกิดโรค ผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ได้เข้ารับการรักษาศูนย์คลินิกโรคเบาหวาน/ความดัน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลจาก หมอคนที่ 1 คนที่ 2 และคนที่ 3 มาตลอดโดยหมอคนที่ 1 ลงเยี่ยมบ้านวัดความดันทุกเดือน เมื่อมาคลินิกได้พบหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 ได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเอง คุมอาหาร ไม่เครียด และให้เฝ้าระวังอาการที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้ป่วยทั้งหมดบอกว่า รู้จัก 3 หมอเป็นอย่างดี ทั้ง อสม. เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำพื้นที่ ตระหนักถึงอาการเตือนในการโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องไปโรงพยาบาล เมื่อมีอาการเตือนจึงเข้ารับการรักษาทันเวลา

4) ข้อเสนอแนะ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันอย่างเฉียบพลัน ผู้ปฏิบัติงานในทีม 3 หมอ และผู้ป่วยให้ความเห็นว่า ควรให้องค์กรในชุมชนมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพประชาชนให้มากขึ้น มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกัน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

การดูแลสุขภาพด้วยทีม
3 หมอ

การพัฒนาสุขภาพของประชาชนและสุขภาพชุมชน ตามองค์ประกอบ UCCARE

- U - แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
 - แต่งตั้งอนุกรรมการในแต่ละประเด็น มีการประชุม สม่ำเสมอ
- C - สื่อสารข้อมูลสุขภาพ การดูแลสุขภาพ ลงชุมชน ในการประชุมหมู่บ้าน ทางไลน์ หอกระจายข่าว
 - กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ติดต่อกับ อสม. ทางโทรศัพท์ ไลน์
 - นำเสนอผลการดำเนินงานในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ
- C - สะท้อนข้อมูลสุขภาพ ประชุมคัดเลือกประเด็นปัญหา เรื่อง อาหารปลอดภัย ดูแลกลุ่มเปราะบาง การจัดการขยะ
- A - ชื่นชมในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
 - สนับสนุนให้คนในชุมชน ดูแลกันเอง ประชาชนพึงพอใจ ผู้เข้าช่วยเหลือมีความสุข
- R - ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนตำบลในการจัดทำโครงการ รู้ทัน โรคหลอดเลือดสมอง โครงการชุมชนสะอาด หน้าบ้าน นามอง
 - โรงพยาบาล เทศบาล สนับสนุน วิชาการ ความรู้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ได้รับการอบรมมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
- E - การส่งเสริมให้เกิดการดูแล สุขภาพของคนในชุมชน ได้แก่ การตรวจวัดไขมัน น้ำตาลในอาหารของร้านอาหารในชุมชน แนะนำความหวาน ความเค็มพอดี สนับสนุนการเพิ่มพื้นที่ปลูกผักปลอดสารพิษ ให้ได้บริโภคในชุมชน มีตลาดสีเขียวในโรงพยาบาล
 - แผนการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มเปราะบาง มีกองทุนจากการทอดผ้าป่าขยะ

การเฝ้าระวัง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน

- นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง จากเครือข่ายของอำเภอชัดเจน
- ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเชื่อมโยง ส่งต่อ การบริการในทีม 3 หมอ
- มีแผนการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันของทีม 3 หมอ
- มีช่องทางการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายสื่อสารกับทีม 3 หมอ ได้สะดวก รวดเร็ว
- ทีม 3 หมอ ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
- มีการสื่อสารอาการที่ต้องเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตันในระยะเฉียบพลัน พบมีการประสานความร่วมมือ ในการสะท้อนข้อมูลสุขภาพในเวทีการประชุมคณะกรรมการนำไปสู่นโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการใช้ข้อมูลคืนในที่ประชุม และชุมชน¹² การเลือกประเด็นของอำเภอ อาหารปลอดภัย การจัดการขยะ และการดูแลกลุ่มเปราะบาง มีกระบวนการและกิจกรรมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วย 3 หมอ แต่ขาดการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการติดตามเชิงคุณภาพและผลลัพธ์ตามประเด็นการขับเคลื่อน พชอ. ขาดการประเมินผลลัพธ์ในประเด็นปัญหาว่าได้รับการแก้ไขอย่างไร และคุณภาพชีวิตประชาชนดีขึ้นอย่างไร¹² มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนตำบลในการจัดทำ โครงการรู้ทัน โรคหลอดเลือดสมอง มีแผนการดูแล กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน โดยทีม 3 หมอ บทบาทของชุมชนโดยหมอคนที่ 1 มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มอย่างชัดเจน ส่วนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กลับมีบทบาทน้อยในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชน¹¹ บางครั้งเมื่อพบว่าหมอคนที่ 1 เข้าไปให้ความรู้ในชุมชนแล้วถูกต่อต้าน อาจจะด้วยเป็นเพราะว่า ความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของคนใน

ชุมชนและผู้นำชุมชนยังมีน้อย จึงควรสนับสนุนให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งแกนนำชุมชน อสม. ภาครัฐและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค สังเกตอาการผิดปกติ รับรู้ช่องทางช่วยเหลือเมื่อจำเป็น⁹

ข้อเสนอแนะ

1) ยกย่องและให้คุณค่าการทำงานของทีม 3 หมอ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ขยายผลลงพื้นที่อื่นต่อไป

2) ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขับเคลื่อนลงสู่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชุมชน/หมู่บ้าน ใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำข้อมูลสุขภาพ มาวางแผนการดูแลประชาชนทุกกลุ่ม

3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชุมชน/หมู่บ้าน ร่วมกับประชาชนในพื้นที่ สร้างมาตรการชุมชน ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในระยะเฉียบพลัน และโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญที่ควบคุมป้องกันได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล ขอขอบคุณผู้บริหารและผู้ให้บริการปฐมภูมิ ผู้รับผิดชอบ ที่เก็บผลงาน และรายงานผล เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัย สร้างผลงานนี้ขึ้นมา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ.(2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. ม.ป.ท.
2. สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ.(2563). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์ บริษัท พี เพรส จำกัด.
3. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [internet]. Geneva: WHO Document Production Services; 2010 [cited 2022 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf.
4. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2561). คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561.ม.ป.ท.
5. เอกสารตรวจราชการและนิเทศงานจังหวัดสงขลา กรณีปิดติรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2567.(2566). ม.ป.ท.

6. อารมณ ร่มเย็น.(2565). ผลของการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 3(15), 302-314/<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/259893>.
7. ปัญญา พลศักดิ์.(2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 40-45.
8. วราภรณ์ ยุบลพันธ์ และ นิตยา สารคุณ.(2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของตำบลเทพศิรี อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 2(1), 49-56.
9. อุเทน สุทิน.(2565). ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
[/https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:307522](https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:307522)
10. เพ็ญภา ศรีหริ่ง, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, เตือนใจ ภูสระแก้ว, พิทยา ศรีเมือง, รุจิราลักษณ์ พรหมเมือง, ไพฑูรย์ พรหมเทศ และคณะ. การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหมอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 17(3), 388-408.<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5931/hsri-journal-v17n3-p388408.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. ฌณาธิปว์ ศิริภักกุลวัฒน์, ชาญนิศ บุตรดี และ ณัฐวศา รุ่งแจ้ง. ตำบลบ้านดงเข้มแข็งในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. โรงพยาบาลอุบลรัตน์.
[/https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255911291525545619_ED6s4xZQxYMVCPbl.pdf](https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255911291525545619_ED6s4xZQxYMVCPbl.pdf)
12. ถนัด ไบยา และ ยุพิน แดงอ่อน(2564). การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 1(18), 59-68.

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT IN HEALTH CARE AND QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN BANGKRABUE SUB-DISTRICT MUANG DISTRICT SINGBURI PROVINCE

(Received: September 19,2024 ; Revised: September 23,2024 ; Accepted: September 24,2024)

กฤษณี เรียนทับ¹

Kitsanee Rienthup¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 305 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพของตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์รายข้อ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด ต่ำสุด และวิเคราะห์รายข้อทุกข้อ การสนับสนุนทางสังคม หาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย เฉลี่ยร้อยละ และเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิต หาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย เฉลี่ยร้อยละ และเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต โดยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหเพียร์สัน (Pearson's correlation)

ผลการวิจัย พบว่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากญาติ มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากเพื่อน มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากวัด มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพ คุณภาพผู้สูงอายุ

Abstract

This study was survey research. Objective to study social support for self-health care of the elderly, To study the quality of life of the elderly, To study the relationship between social support in health care and the quality of life of the elderly. The sample group was 305 elderly people. The sample group was the elderly who received living allowances in Bankrabue Subdistrict, Mueang District, Singburi Province. The instrument used to collect data was a structured interview. Data were analyzed using general information. Analyze each item, number, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum value and analyze every item individually. Social support, find the maximum, minimum, mean, mean percentage and standard deviation. Quality of life, find the maximum, minimum, mean, mean percentage and standard deviation. Find a relationship between social support and quality of life. By analyzing the relationship Pearson's correlation.

The results of the research found that the sample group Correlation coefficient between social support in health care and quality of life of the elderly Social support for health care from relatives It is related to the quality of life of the body, mind, and environment with statistical significance at the .05 level.

¹ พว. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางกระบือ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

Social support for health care from friends Correlates with the quality of life physically, mentally, and socially with statistical significance at the .05 level. Social support for health care from temples It is significantly related to the quality of life in terms of physical, mental, social, and environmental aspects at the .05 level. Social support for health care from the environment It is significantly related to the quality of life in terms of physical, social, and environmental aspects at the .05 level.

Keyword Elderly people, Social support in health care, Elderly quality

บทนำ

ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 929 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรโลกทั้งหมด ในส่วนภูมิภาคประชาคมอาเซียน ได้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2559 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศ ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว คือ สิงคโปร์ มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ ประเทศไทย มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ และเวียดนามมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งหมด ในประเทศไทยประชากรรวมของประเทศกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมาก จนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี ในทางกลับกันประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่ม¹ สูงขึ้นด้วยอัตราประมาณ ร้อยละ 5 ต่อปี และมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก 5 ปีข้างหน้า เมื่อสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20² ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลประชากรตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี

การมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงการสร้างประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไป คืออัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราส่วนและจำนวนประชากรวัยแรงงานเริ่มลดลง ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจส่วนรวม ต่อการออมและการลงทุนทำให้ผู้สูงอายุต้องเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น เพราะประชากรวัยแรงงานส่วนหนึ่งต้องย้ายถิ่นเพื่อประกอบ

อาชีพ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุตรหลานมีเวลาเอาใจใส่ผู้สูงอายุน้อยลง ผู้สูงอายุจึงต้องรับผิดชอบตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่าง ๆ ตามมา เช่นการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ และโครงกระดูกพบว่ากล้ามเนื้อหี่ยวกระดูกมีความแข็งแรงลดลงเนื่องจากการสูญเสียเนื้อกระดูก ทำให้กระดูกเปราะและหักง่ายแต่ติดช้าบางคนอาจมีหลังโก่งทำให้การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่กระฉับกระเฉง และการทรงตัวไม่ดี อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสัมผัสพบว่า ความสามารถในการมองเห็น การได้ยินลดลงทำให้มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การรับรู้กลิ่นและรสลดลง เมื่อร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ที่มีการย่อยและการดูดซึมไม่ดีเกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง และอาจจะรู้สึกเบื่ออาหาร ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเสียไป เกิดการบริโภคที่ไม่ถูกสัดส่วน เกิดภาวะบริโภคเกินหรือขาดสารอาหารได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบกับวัยสูงอายุต้องเผชิญกับเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน ส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลงด้วย และเมื่อมีการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จะทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่ หวัง บุคลิกภาพเปลี่ยนไปจะรู้สึกน้อยใจ อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และต้องการการพึ่งพามากขึ้น รู้สึกขาดความอบอุ่นก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรม

เปลี่ยนแปลงได้ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งในครอบครัว และสังคมการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวนั้นจะพบว่าผู้สูงอายุจะลดบทบาทลง เช่น จากการเป็นหัวหน้าครอบครัวกลับเป็นผู้ที่ต้องได้รับการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน และบางคนอาจจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และจากการเปลี่ยนแปลงสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้ผู้สูงอายุบางคนต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพ อีกทั้งการเกษียณอายุราชการจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง เกิดการพึ่งพิงทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจะส่งผลกระทบถึงกันและกันเป็นวงจรไม่รู้จบ มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง³ เมื่ออายุมากขึ้น สุขภาพทั้งร่างกายจิตใจย่อมเสื่อมโทรมลงตามกาลเวลา จึงต้องการความดูแลมากขึ้น ต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นไปด้วย สิ่งที่คุณสูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิต คือ ความสุข อันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม⁷ ดังนั้น แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุก็คือ การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขและพึงพอใจสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่นและดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเองซึ่งหมายถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษาจึงสนใจจะศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี ผู้ศึกษาคาดว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิต

ที่ดี ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในรูปแบบการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (Correlational study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-section) เก็บข้อมูลตัวแปรคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมในเวลาเดียวกันด้วยวิธีสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 305 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพของตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ เครื่องมือเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ถามลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล คะแนน ADL โรคประจำตัว มีลักษณะคำถามเป็นแบบเปิดและปิดผสมกัน ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม ถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติ เพื่อน อสม. หน่วยงานรัฐ และวัดส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต ถามความพึงพอใจ ที่เกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ จำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .885

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพกับ ตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี โดยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ร่วมมือในการสัมภาษณ์แล้วบอกให้ชี้แจงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถชี้แจงซักถามประเด็นข้อสงสัยได้หากไม่เข้าใจในคำถาม เมื่อสัมภาษณ์เสร็จรวบรวมตรวจสอบความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์รายชื่อด้วยการแจกแจงความถี่หาจำนวนร้อยละของเพศ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล คะแนน ADL โรคประจำตัว และ อายุ หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด ต่ำสุด และวิเคราะห์รายชื่อทุกข้อ การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์แจกแจงความถี่หาจำนวนและร้อยละของแต่ละข้อ จากนั้นให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด หาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย เฉลี่ยร้อยละ และเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นแหล่งผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม จากนั้นแบ่งคะแนนเป็น 3 กลุ่ม มาก ปานกลาง น้อย ตามเกณฑ์ของบลูม คุณภาพชีวิต วิเคราะห์แจกแจงความถี่หาจำนวนและร้อยละของแต่ละข้อ จากนั้นให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด หาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย เฉลี่ยร้อยละ และเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นด้าน 4 ด้าน จากนั้นแบ่งคะแนนเป็น 3 กลุ่ม มาก ปานกลาง น้อย ตามเกณฑ์ของบลูม การหาความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต นำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากญาติ เพื่อน วัด อสม. หน่วยงานของรัฐ

กับความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต แยกเป็นรายด้าน ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหเพียร์สัน (Pearson's correlation)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการขอพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสิงห์บุรี เลขที่ 04/11/2023

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จำนวน 305 คน พบว่า หญิงมากที่สุด จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 64.26 อายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 65-69 ปี จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 33.44 อายุที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ตั้งแต่อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 12.79 สมาชิกครอบครัวมากที่สุด 3 – 4 คน จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 46.23 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ญาติ จำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 93.44 คะแนน ADL มากที่สุด คือ มากกว่า 12 คะแนน จำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 91.48 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 34.75

2. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตาม การสนับสนุนทางสังคม (รายชื่อ) การสนับสนุนทางสังคมจากญาติ ดังนี้ ญาติดูแลเมื่อเจ็บป่วยการพาไปโรงพยาบาล ระดับความคิดเห็นมากที่สุด เสมอๆ จำนวน 152 คน ร้อยละ 49.8 ญาติดูแลเรื่องอาหารการกิน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด เสมอๆ จำนวน 167 คน ร้อยละ 54.8 ญาติดูแลทำความสะอาดของเครื่องใช้ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด เสมอๆ จำนวน 128 คน ร้อยละ 42.0 ญาติดูแลให้ความห่วงใยและให้กำลังใจ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด เสมอๆ จำนวน 170 คน ร้อยละ 55.7 ญาติดูแลค่าใช้จ่าย ระดับความคิดเห็นมากที่สุด เสมอๆ จำนวน 129 คน ร้อยละ 42.3 ญาติดูแลพาไปเที่ยวพักผ่อนคลายเครียด ระดับความคิดเห็นมาก

ที่สุด ปานกลาง จำนวน 88 คน ร้อยละ 28.9 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ดังนี้ เพื่อนดูแลให้คำปรึกษาหารือ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 110 คน ร้อยละ 36.1 เพื่อนดูแลซื้อขนมมาฝาก ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 100 คน ร้อยละ 32.8 เพื่อนดูแลมาเยี่ยมเยียนบ้าน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 95 คน ร้อยละ 31.1 เพื่อนดูแลพาเดินออกกำลังกาย ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ไม่เลย จำนวน 88 คน ร้อยละ 28.9 เพื่อนดูแลเมื่อเจ็บป่วยพาไปโรงพยาบาล ระดับความคิดเห็นมากที่สุด นาน ๆ ครั้ง จำนวน 93 คน ร้อยละ 30.5 เพื่อนดูแลพาหากิจกรรมทำยามว่าง ระดับความคิดเห็นมากที่สุด นาน ๆ ครั้ง จำนวน 93 คน ร้อยละ 30.5 การสนับสนุนสังคมจากทางวัด ดังนี้ วัดดูแลให้ความเข้มแข็งอดทน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 107 คน ร้อยละ 35.1 วัดดูแลการให้ความสงบนิ่ง ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 122 คน ร้อยละ 40.0 วัดดูแลให้ความสุขทางใจ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 115 คน ร้อยละ 37.7 วัดดูแลให้หายความเศร้าหมอง ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 124 คน ร้อยละ 40.7 วัดดูแลช่วยแก้ปัญหาในชีวิต ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 111 คน ร้อยละ 36.4 วัดดูแลจัดความทุกข์ในจิตใจ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 115 คน ร้อยละ 37.7 ท่านพอใจการบริการหน่วยงานเทศบาล ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 140 คน ร้อยละ 45.9 ท่านพอใจการให้บริการสาธารณสุข ระดับความคิดเห็นมากที่สุด เสมอๆ จำนวน 129 คน ร้อยละ 42.3 ท่านพอใจการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 128 คน ร้อยละ 42.0 การสนับสนุนทางสังคมจากสิ่งแวดล้อม ดังนี้ ท่านพอใจระบบไฟฟ้าหมู่บ้าน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 138 คน ร้อยละ 45.2 ท่านพอใจสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด เสมอๆ จำนวน

134 คน ร้อยละ 43.9 ท่านพอใจสภาพบ้านเรือน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด เสมอๆ จำนวน 136 คน ร้อยละ 44.6 ท่านพอใจถนนหนทาง ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 159 คน ร้อยละ 52.1 ท่านพอใจระบบน้ำประปาหมู่บ้าน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 126 คน ร้อยละ 41.3 ท่านพอใจความปลอดภัยในชุมชน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 163 คน ร้อยละ 53.4 ท่านพอใจการให้บริการของผู้นำชุมชน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 145 คน ร้อยละ 47.5 ท่านพอใจธรรมชาติสิ่งแวดล้อมในชุมชน ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 140 คน ร้อยละ 45.9 ท่านพอใจเครื่องออกกำลังกายกลางแจ้ง ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ปานกลาง จำนวน 93 คน ร้อยละ 30.5

3. แสดงจำนวนคะแนนต่ำสุด – สูงสุด จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพ (รายกลุ่ม) การสนับสนุนทางสังคม จากญาติจำนวนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน จำนวนสูงที่สุด คือ 4 คะแนน $\bar{X}$ เท่ากับ 2.81 S.D. 0.95 จากเพื่อนจำนวนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน จำนวนสูงที่สุด คือ 4 คะแนน $\bar{X}$ เท่ากับ 1.77 S.D. 0.96 จากวัดจำนวนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน จำนวนสูงที่สุด คือ 4 คะแนน $\bar{X}$ เท่ากับ 2.17 S.D. 0.84 จากสิ่งแวดล้อมจำนวนต่ำที่สุด คือ 0.56 คะแนน จำนวนสูงที่สุด คือ 4 คะแนน $\bar{X}$ เท่ากับ 2.60 S.D. 0.69

4. แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคิดเห็นของการสนับสนุนทางสังคม (ตามกลุ่ม) การสนับสนุนทางสังคมจากญาติ ระดับคิดเห็นของการสนับสนุนทางสังคม ระดับมากและปานกลาง จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 38.2 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ระดับคิดเห็นของการสนับสนุนทางสังคม ระดับน้อย จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ระดับคิดเห็นของการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 การสนับสนุนทางสังคมจากวัด ระดับ

คิดเห็นของการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 41.4 การสนับสนุนทางสังคมจากสิ่งแวดล้อม ระดับคิดเห็นของการสนับสนุนทางสังคมระดับมากและน้อย จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8

5. แสดงจำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (รายชื่อ) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ท่านพอใจในรูปร่างหน้าตา ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 128 คน ร้อยละ 42.0 ท่านพอใจความสามารถของตนเอง ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 157 คน ร้อยละ 51.5 ท่านพอใจการใช้เวลาว่างของตนเอง ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 179 คน ร้อยละ 58.7 ท่านพอใจการเคลื่อนไหว ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 170 คน ร้อยละ 55.7 ท่านพอใจในการเดินไหนมาไหน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 111 คน ร้อยละ 36.4 ท่านพอใจในสุขภาพ ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 177 คน ร้อยละ 58.0 ท่านพอใจในพลกำลัง ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 134 คน ร้อยละ 43.9 ท่านพอใจในนอนหลับ ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 145 คน ร้อยละ 47.5 ด้านจิตใจ ท่านพอใจชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบัน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 183 คน ร้อยละ 60.0 ท่านพอใจความจำ ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 167 คน ร้อยละ 54.8 ท่านพอใจการอยู่เพียงลำพัง ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 162 คน ร้อยละ 53.1 ท่านพอใจเทคโนโลยีข่าวสารใหม่ๆ ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 133 คน ร้อยละ 43.6 ท่านพอใจความรู้สึกรักของตัวเอง ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 153 คน ร้อยละ 50.2 ท่านพอใจค่าใช้จ่ายปัจจุบัน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 195 คน ร้อย

ละ 63.9 ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ท่านพอใจชีวิตครอบครัว ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับมาก จำนวน 186 คน ร้อยละ 61.0 ท่านพอใจในสวัสดิการหน่วยงานของรัฐ ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับมาก จำนวน 129 คน ร้อยละ 42.3 ท่านพอใจที่ช่วยเหลือคนอื่น ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 135 คน ร้อยละ 44.3 ท่านพอใจที่ได้มีส่วนร่วมงานต่างๆ ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 134 คน ร้อยละ 43.9 ท่านพอใจการบริการหน่วยงานเทศบาล ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 168 คน ร้อยละ 55.1 ท่านพอใจการให้บริการสาธารณสุข ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับมากที่สุด จำนวน 130 คน ร้อยละ 42.6 ท่านพอใจการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 161 คน ร้อยละ 52.8 ด้านสิ่งแวดล้อม ท่านพอใจระบบไฟฟ้าหมู่บ้าน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 234 คน ร้อยละ 76.7 ท่านพอใจสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับมาก จำนวน 131 คน ร้อยละ 43.0 ท่านพอใจสภาพบ้านเรือน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 114 คน ร้อยละ 37.4 ท่านพอใจถนนหนทาง ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 165 คน ร้อยละ 54.1 ท่านพอใจระบบน้ำประปาหมู่บ้าน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 154 คน ร้อยละ 50.5 ท่านพอใจความปลอดภัยในชุมชน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับมาก จำนวน 142 คน ร้อยละ 46.6 ท่านพอใจการให้บริการของผู้นำชุมชน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับมาก จำนวน 100 คน ร้อยละ 32.8 ท่านพอใจธรรมชาติสิ่งแวดล้อมในชุมชน ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 169 คน ร้อยละ 55.4 ท่านพอใจเครื่องออกกำลังกายกลางแจ้ง ระดับของความคิดเห็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 180 คน ร้อยละ 59.0

6. แสดงจำนวนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด-สูงสุดจำแนกตามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (รายด้าน) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.29 สูงสุด 4.43 $\bar{X}$ 3.30 S.D. 0.95 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.33 สูงสุด 3.30 4.67 $\bar{X}$ 3.33 S.D. 0.95 คุณภาพ

ชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.57 สูงสุด 4.57 $\bar{X}$ 3.66 S.D. 0.84 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.67 สูงสุด 4.22 $\bar{X}$ 3.42 S.D. 0.68 คุณภาพชีวิตโดยรวม คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.47 สูงสุด 4.47 $\bar{X}$ 2.34 S.D. 0.86

ตารางที่ 1 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม	ร่างกาย	จิตใจ	สังคม	สิ่งแวดล้อม
ญาติ	-0.01*	-0.01*	0.06**	-0.05*
เพื่อน	-0.08*	-0.09*	0.04*	0.08**
วัด	0.00*	-0.04*	-0.06*	-0.09*
สิ่งแวดล้อม	-0.07*	-0.08	-0.02*	-0.09*

* < 0.05 (Sig.)

จากตารางที่ 1 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากญาติ มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากเพื่อน มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากวัด มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุของตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 65-69 ปี สมาชิกครอบครัวมากที่สุด 3 - 4 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่ คือ ญาติ คะแนน ADL มากที่สุด คือมากกว่า 12 คะแนน โรคประจำตัวส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ⁴ ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นผู้หญิง (61.1%) อายุเฉลี่ย 71.36 ± 8.04 ปี

สมาชิกครอบครัวมี 3-4 คนร้อยละ 39.3 ผู้ดูแลเป็นญาติ ร้อยละ 99.3 คะแนน ADL 17-19 ร้อยละ 76.1 มีโรคประจำตัว

ร้อยละ 48.9 ในจำนวนนี้ เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 83.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ แก้วอยู่, พิชรินทร์ เนียมเกิด, สุปราณี พรหมสุขันต์⁵ พบว่า โรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากญาติ มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากเพื่อน มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากวัด มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ แก้วอยู่, พัชรินทร์ เนียมเกิด, สุปราณี พรหมสุพันธ์⁵ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา สารแสง⁶ ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุในระดับต้นคือช่วงอายุ 60-69 ปียังมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญสำหรับทุกคนไม่ว่าจะเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยหรือไม่มีภาวะเจ็บป่วย การที่บุคคลต้องเผชิญปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น ถือเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและจิตใจเป็นอย่างมาก แต่หากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี มีการสนับสนุนจาก

คนในครอบครัวและสังคม ชุมชน และมีความเหมาะสมก็สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระแก่บุคคลรอบข้างสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ยาวนาน

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย ควรมีการนำการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุ มาใช้ในการดำเนินการนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสังคม วางแผนร่วมกันกับบุคคลในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นอกเหนือจากการให้ทักษะการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพ ควรมีการนำทักษะอื่นมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการนำการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุ ไปศึกษาในพื้นที่ชุมชนอื่น หรือในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- 1.จิรนนท์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา และสุกฤตา สวนแก้ว. การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. พยาบาลสาร, 2563; 47(3): 267-276.
2. Thai Elderly Research and Development Institute Foundation. The situation of Thai elderly in 2016. Retrieved from <http://thaitgri.org/?p=38427> (In Thai); 2016.
- 3.กริชญา เทพศิริ. (2555). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. (สารนิพนธ์ ปริญญาตรี วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกริก, กรุงเทพฯ
- 4.นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. ปริญญาสาธิตวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
- 5.รวีวรรณ แก้วอยู่, พัชรินทร์ เนียมเกิด, สุปราณี พรหมสุพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเกื้อหนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2563; 3(2): 166-177.
- 6.จันทนา สารแสง. คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่; 2561.
- 7.พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย, 2559; 21(2): 94-109.

สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องแผลติดเชื้อที่กระจกตา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Epidemiology and predisposing factors of Corneal ulcer in King Narai Hospital.

(Received: September 19,2024 ; Revised: September 23,2024 ; Accepted: September 24,2024)

จิรณา ประกอบ¹

Chirana Prakob¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์แผลติดเชื้อที่กระจกตา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลติดเชื้อที่กระจกตา และการรักษาโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิก ว่าเป็นแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่ต้องรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 142 คน รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน วิเคราะห์ข้อมูลโดย ข้อมูลแจกแจง (categorical data) นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ นำเสนอโดยเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation ; SD) การหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้สถิติ Binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI โดยแสดงอัตราปัจจัยเสี่ยงคร่าวๆ ปัจจัยด้วย Odds ratio (OR)

ผลการศึกษา จำนวนผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่มีอาการรุนแรง จำเป็นต้องรักษาเป็นผู้ป่วยใน มีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี จาก 18 ราย ในปี 2562 เป็น 37 ราย ในปี 2566 ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ชาย 101 คน (71.1%) อายุที่พบมากที่สุด คือ 56 – 65 ปี (27.5%) อายุเฉลี่ย 47.15 ปี มีโรคประจำตัว 40 คน (28.2%) ส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง (55.60%) ภูมิลำเนาของผู้ป่วยส่วนมากมาจากอำเภอชัยบาดาล (31.0%) รองลงมาคืออำเภอเมือง (25.4%) และสาเหตุที่ทำให้เกิดแผลติดเชื้อที่กระจกตามากที่สุด คือ เศษเหล็กเข้าตา (55.6%) รองลงมา คือ หล่้าหรือใบไม้เข้าตา (29.6%) ส่วนมากเป็นแผลที่ตาข้างซ้าย (62.7%) ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.32 วัน เชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุด คือ *Pseudomonas aeruginosa* 10 ราย (7.0%) รองลงมา คือ *Staphylococcus coagulase negative* 6 ราย (4.2%) และเชื้อรา 4 ราย (2.8%)

ผลการรักษา พบว่า การมองเห็นดีขึ้น 111 ราย (78.2%) ควักลูกตา 4 ราย (2.8%) วันนอนเฉลี่ย (LOS) 17.8 วัน ส่งผู้ป่วยรักษาต่อเฉลี่ย 7 รายต่อปี ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 13,356.76 บาทต่อราย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลติดเชื้อที่กระจกตาอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศชาย (Sig 0.038) โรคประจำตัวเบาหวาน (Sig 0.036) โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง (Sig 0.035) อาชีพรับจ้าง (Sig 0.006) และอาชีพเกษตรกร (Sig 0.010)

คำสำคัญ: แผลกระจกตา, แผลติดเชื้อที่กระจกตา

Abstract

This study was survey research by retrospective study aimed to study the situation of corneal ulcers and identify the factors contributing to the development of corneal ulcers and their treatment. at King Narai Hospital. The sample is patients diagnosed clinically with corneal ulcers who required inpatient treatment at King Narai Hospital from October 1, 2018, to September 30, 2023. The study included 142 patients. Data were collected from patient medical records. Data were analyzed using categorical data presented as numbers and percentages, while continuous data with normal distribution were presented as mean and standard deviation (SD). Binary logistic regression was used to find related factors with 95% CI, showing the risk factor rate for each factor with Odds ratio (OR).

Results: The number of patients with severe corneal ulcers requiring inpatient treatment has increased annually, from 18 cases in 2019 to 37 cases in 2023. Most patients were male (101, 71.1%), with the most common age group being 56–65 years (27.5%) and an average age of 47.15 years. Underlying conditions were present in 40 patients (28.2%), and the majority were laborers (55.6%). Most patients were from Chai Badan District (31.0%) and Mueang District (25.4%). The most common cause of corneal ulcers was foreign metal objects (55.6%), followed by

¹ พ.บ. กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

grass or leaves (29.6%). Most ulcers affected the left eye (62.7%), and the average duration of symptoms before hospital admission was 2.32 days. The most common pathogens identified were *Pseudomonas aeruginosa* (10 cases, 7.0%), followed by *Staphylococcus coagulase-negative* (6 cases, 4.2%) and fungi (4 cases, 2.8%)

Vision improved in 111 patients (78.2%). Four patients (2.8%) required enucleation. The average length of stay was 17.8 days, with an average treatment cost of 13,356.76 baht per patient. On average, 7 patients per year required referral for further treatment. Factors significantly associated with corneal ulcers included male gender ($p = 0.038$), diabetes ($p = 0.036$), hypertension ($p = 0.035$), laborer occupation ($p = 0.006$), and farming occupation ($p = 0.010$).

Keywords: corneal ulcers, infectious keratitis

บทนำ

กระจกตาอักเสบติดเชื้อเป็นแผล (Ulcerative Keratitis) เป็นโรคตาที่พบบ่อยในประเทศกำลังพัฒนา และมีภูมิอากาศแบบเขตร้อน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อราหลังจากกระจกตาได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย¹ และกระจกตาอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial Keratitis) เป็นสาเหตุหลักของกระจกตาเป็นแผล (Corneal ulcer)² และเป็นสาเหตุหลักของการตาบอดจากโรคของกระจกตา (Corneal blindness) ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุของตา (Ocular trauma) และในอเมริกาพบกระจกตาอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย 71,000 รายต่อปี (ปี 2010) และพบ 1-3 คนต่อ 10,000 คนที่ใช้คอนแทกเลนส์เกิดกระจกตาอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย นอกจากนี้จากการรายงานของ The eye bank Association of America (EPAA) พบว่าร้อยละ 1 ของการเปลี่ยนกระจกตามาจากการอักเสบติดเชื้อที่กระจกตา³

สำหรับกระจกตาอักเสบเชื้อรา (Fungal Keratitis) ได้ทำการศึกษาในเอเชียและประเทศกำลังพัฒนาพบว่า ที่อินเดียตอนใต้พบร้อยละ 50 จีนพบร้อยละ 37 และเนปาลพบร้อยละ 17 ในขณะที่อเมริกาตอนเหนือพบร้อยละ 6 และอเมริกาตอนใต้พบร้อยละ 20 ทั่วโลกพบว่า Filamentous fungi เป็นเชื้อที่พบมากที่สุดของกระจกตาอักเสบเชื้อรา และปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของประเทศกำลังพัฒนาคือการบาดเจ็บ (Trauma) โดยเฉพาะจากดินและชิ้นส่วนของพืชพบมากที่สุด ส่วนในอเมริกาพบจากการใส่คอนแทกเลนส์ ร้อยละ 37⁴

จากข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชปี 2562 – 2566 มีจำนวนผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตา (clinical diagnosis) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำนวน 126, 141, 145, 132 และ 145 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยที่อาการรุนแรงหรือไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้รับรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 21, 18, 30, 36 และ 37 ราย ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยโดยรวมจะไม่เพิ่มขึ้นมากนักในแต่ละปี แต่จำนวนผู้ป่วยที่อาการรุนแรงที่จำเป็นต้องรับรักษาแบบผู้ป่วยในมีแนวโน้มมากขึ้น ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจำเป็นต้องควักตาถึง 4 ราย

ดังนั้น ผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตาจึงถือว่าเป็นโรคที่มีความสำคัญ ถ้าทราบสถานการณ์ของโรค ประชาชนกลุ่มเสี่ยง สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ก็จะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะความสำคัญของโรคนี้ คือหากไม่สามารถควบคุมโรคในระยะเฉียบพลัน เชื้อจะลุกลามเป็นบริเวณกว้างทั้งกระจกตา และลามไปที่ตาขาวหรือลิ้นลูกตา (Endophthalmitis) ทำให้ต้องเอาลูกตาออกหรือเกิดแผลเป็นที่กระจกตาจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาภายหลัง⁵

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์แผลติดเชื้อที่กระจกตา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลติดเชื้อที่กระจกตา และการรักษาโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by retrospective study) กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิก (Clinical diagnosis) ว่าเป็นแผลติดเชื้อที่กระจกตา ที่มาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 ปี จำนวนทั้งสิ้น 144 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยทุกคนที่วินิจฉัยตาม ICD10 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ไม่จำกัดอายุ และมีบันทึกประวัติการรักษาในเวชระเบียนครบถ้วน ส่วนเกณฑ์การคัดออก(Exclusion Criteria) คือผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงได้จำนวนผู้ป่วยในการศึกษา 142 คน

เครื่องมือที่ใช้ คือแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1.ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, อาชีพ, ภูมิลำเนา, ปีที่เข้ารับการักษา, โรคประจำตัว 2.ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาป่วยก่อนมาโรงพยาบาล, สาเหตุการเกิดแผลที่กระจกตา, ตาข้างที่เป็นแผล 3.ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความผิดปกติของเปลือกตาและน้ำตา, การใส่คอนแทกเลนส์, การใช้ยาชาชนิดหยอด, ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง 4.ข้อมูลการรักษา ได้แก่ เชื้อที่พบ, ผลการรักษา, จำนวนวันนอนโรงพยาบาล, ค่ารักษาพยาบาล โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลแจกแจงนับ (categorical data) นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ นำเสนอโดยเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation ; SD) การหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้สถิติ Binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI โดยแสดงอัตราปัจจัยเสี่ยงคร่าวละปัจจัยด้วย Odds ratio (OR)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องแผลติดเชื้อที่กระจกตา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ผลการศึกษา

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2566 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิก (Clinical Diagnosis) ตาม ICD10 เป็นแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่มีอาการรุนแรงหรือไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ และจำเป็นต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน มีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี จาก 21 คนในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 37 คนในปี 2566 และพบว่าในปี 2562 พบผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่จำเป็นต้องรับรักษาแบบผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 16.6 ของผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตาทั้งหมด (Corneal ulcer) สำหรับในปี 2566 พบผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่จำเป็นต้องรับรักษาแบบผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 25.5 ของผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตาทั้งหมด

ผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่รักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด 142 คน เป็นเพศชาย 101 คน (ร้อยละ 71.1) และเพศหญิง 41 คน (ร้อยละ 28.9) โดยมีอัตราส่วนชาย : หญิง เป็น 2.5 : 1 อายุของผู้ป่วยพบช่วงอายุ 56 – 65 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 27.5) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 46 – 55 ปี (ร้อยละ 24.6)

ส่วนมากผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 55.6) รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 29.6) และส่วนมากผู้ป่วยมีภูมิลำเนาที่อำเภอชัยบาดาล (ร้อยละ 31.0) รองลงมา คือ อำเภอเมือง (ร้อยละ 25.4)

สำหรับโรคประจำตัวของผู้ป่วย พบว่าส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.8) และโรคประจำตัวที่มี ได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 12.7) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 9.2) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 6.3)

นอกจากนี้ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดแผลติดเชื้อที่กระจกตาอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของน้ำตาและ

เปลือกตา การใส่คอนแทกเลนส์ การใช้ยาชาชนิดหยอด รวมทั้งภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง พบว่า ไม่พบผู้ป่วยมีปัจจัยสนับสนุนดังกล่าวเลย

ส่วนมากผู้ป่วยเป็นแผลติดเชื้อที่กระจกตาข้างซ้าย (ร้อยละ 62.7) มากกว่าข้างขวา (ร้อยละ 37.3) และสาเหตุการเกิด พบว่า จากเศษเหล็กเข้าตามากที่สุด (ร้อยละ 55.6) รองลงมา คือ ใบหญ้า ใบไม้ (ร้อยละ 29.6)

เชื้อก่อโรคแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่พบมากที่สุดคือเชื้อแบคทีเรียจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 12.3) และรองลงมา คือ เชื้อรา 4 ราย (ร้อยละ 3.1) เชื้อแบคทีเรียที่พบมากที่สุด คือ *Pseudomonas aeruginosa* จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 7.7) ส่วนเชื้อราที่พบมากที่สุด คือ *Aspergillus species* 3 ราย (ร้อยละ 2.3) จากผลการส่งเพาะเชื้อทั้งสิ้น 130 ราย

ผลการรักษาแผลติดเชื้อที่กระจกตา พบว่า การมองเห็นดีขึ้น 111 ราย (ร้อยละ 78.2) การ

มองเห็นเท่าเดิม 24 ราย (ร้อยละ 16.9) การมองเห็นเลวลง 3 ราย (ร้อยละ 2.1) ศีรษะ 4 ราย (ร้อยละ 2.8) ซึ่งผู้ป่วยศีรษะทั้ง 4 รายนี้เชื้อก่อโรค คือ เชื้อรา และมีผู้ป่วยส่งรักษาต่อ จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 26)

วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตาเท่ากับ 17.8 วัน โดยมีวันนอนน้อยที่สุด 4 วัน วันนอนมากที่สุด 62 วัน และค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 13,356.76 บาทต่อราย (โดยค่ารักษาพยาบาลไม่นับรวมรายที่มีโรคร่วม) ส่วนต่างของเงินที่ได้รับชดเชย (UC) โดยเฉลี่ย -5,608.22 บาทต่อราย ซึ่งเงินที่ได้รับน้อยกว่าต้นทุนค่าใช้จ่าย

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลติดเชื้อที่กระจกตาอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศชาย (Sig 0.023) อาชีพรับจ้าง (Sig 0.022) อาชีพเกษตรกร (Sig 0.014) มีโรคเบาหวาน (Sig 0.017) มีโรคความดันโลหิตสูง (Sig 0.035) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2562 – 2566

ปัจจัย	OR	95% CI	P-value
เพศชาย	2.37	10.07 – 5.25	0.023
อาชีพรับจ้าง	2.19	1.39 – 6.87	0.022
อาชีพเกษตรกร	1.94	1.31 – 4.62	0.014
มีโรคเบาหวาน	1.46	1.12 – 1.90	0.017
มีโรคความดันโลหิตสูง	1.49	1.13 – 1.97	0.035

ผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่ปี 2562 – 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 142 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า ซึ่งอายุที่มากที่สุด คือ 56 – 65 ปี ส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง ภูมิลาเนาอยู่ที่ย่านชัชวาลมากที่สุด พบว่าเป็นแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่ตาข้างซ้ายมากที่สุด และสาเหตุคือ เศษเหล็กเข้าตามากที่สุด เชื้อก่อโรคเป็นเชื้อแบคทีเรียมากกว่าเชื้อรา 4 เท่า และพบ *Pseudomonas aeruginosa* มากที่สุด ผลการรักษาส่วนมากการมองเห็นดีขึ้น (ร้อยละ 78.2) ส่งต่อเพื่อรักษาเฉลี่ยปีละ 7 ราย และศีรษะทั้งสิ้น 4 ราย วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 17.83 วันต่อ

ราย และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 13,356.76 บาท ต่อรายซึ่งน้อยกว่าที่ได้รับจัดสรร สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลติดเชื้อที่กระจกตาอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศชาย อาชีพรับจ้าง อาชีพเกษตรกร และการมีโรคประจำตัว และพื้นที่เสี่ยงมากคือ ย่านชัชวาล และย่านเมือง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชในครั้งนี้พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ รับจ้างและเกษตรกร ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยอื่นของประเทศไทย^{5,6} สาเหตุส่วนมากเกิดจากเศษเหล็กเข้าตา และใบหญ้า ใบไม้เข้าตา ไม่ได้เกิดจากการใส่คอนแทกเลนส์ ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ในประเทศตะวันตก โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา พบมากที่สุดร้อยละ 19 – 42^{1,2,6} เพราะประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม

จากการศึกษาครั้งนี้ ผลติดเชื้อที่กระจกตาเกิดจากเชื้อแบคทีเรียมากกว่าเชื้อราซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยอื่น^{5,6} และเชื้อแบคทีเรียที่พบมากที่สุด คือ *Pseudomonas aeruginosa*^{4,5,6} สำหรับเชื้อรานี้พบในกลุ่ม Filamentous fungi ได้แก่ *Aspergillus* spp. และ *Fusarium* spp. ซึ่งเป็นกลุ่มที่ก่อโรคมามากที่สุดในไทย เพราะเป็นเขตร้อนหรือร้อนชื้น ซึ่งต่างจากเขตอากาศหนาวจะพบ *Candida* spp. มากกว่า³

วันนอนรักษาที่โรงพยาบาล (LOS) เฉลี่ยเท่ากับ 17.8 วัน ซึ่งมากกว่าบางรายงานในประเทศไทยที่ส่วนมากอยู่ที่ 1 – 5 วัน (ร้อยละ 55.86%)⁵ ซึ่งอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชรับส่งต่อโรคแผลติดเชื้อที่กระจกตาที่ซับซ้อนจากโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ทั้งหมด 9 แห่ง และผู้ป่วยบางรายมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

สำหรับผลการรักษา พบว่าการมองเห็นดีขึ้นร้อยละ 78.2 ซึ่งมากกว่า แต่ต้องควักตาร้อยละ 2.8 ซึ่งมากกว่า การศึกษาในประเทศไทยบางรายงานที่การมองเห็นดีขึ้นร้อยละ 46.8 และควักตาร้อยละ 1.8⁶ ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีประชากรมาก และต้องรักษาโรคซับซ้อนต่อจากโรงพยาบาลใกล้เคียง และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลติดเชื้อที่กระจกตาในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำไปค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามอายุ ตามอาชีพที่เสี่ยงมาก และพื้นที่พบโรคบ่อย เพื่อนำมาจัดทำแผนปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้ตรงกับประชากรเป้าหมายและพื้นที่เป้าหมาย เพื่อลดอัตราการเกิดโรค และ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

การศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในครั้งนี้ เพื่อทราบต้นทุนการรักษารายบุคคลของผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่

กระจกตา และนำไปเปรียบเทียบกับเงินที่ได้รับจัดสรรต่อรายจาก สปสช. ซึ่งพบว่าเงินที่ได้รับจัดสรรน้อยกว่าต้นทุนค่าใช้จ่าย เฉลี่ย 5,608.22 บาทต่อราย ทั้งนี้เพื่อนำไปปรับปรุงระบบการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากวิจัย

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบสถานการณ์ของโรคแผลติดเชื้อที่กระจกตาว่า ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงและจำเป็นต้องรักษา มีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี ทราบกลุ่มประชากรเสี่ยง อาชีพที่เสี่ยง พื้นที่เสี่ยง เพื่อนำไปจัดทำแนวทางส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ตามกลุ่มประชากรเป้าหมายได้เฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

การที่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดว่าเป็นอุบัติเหตุทางตา (Ocular trauma) จากอาชีพรับจ้างและทำไร่ทำนา ทำให้การให้ความรู้คำแนะนำในการใส่แว่นตาในการทำงาน หรืออุปกรณ์กันเศษเหล็กเข้าตากรณีเชื่อมเหล็ก (Personal Protective Equipment) อย่างถูกวิธี จะทำให้ป้องกันอุบัติเหตุจากเศษเหล็กเข้าตาได้ และกรณีทราบเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยและรุนแรงนำไปปรับปรุงแนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัดได้ เพื่อการวินิจฉัยได้รวดเร็ว และรักษาได้อย่างรวดเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

นอกจากนี้ยังทราบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อราย ซึ่งน้อยกว่าที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามากขึ้น

ข้อเสนอแนะครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง และเก็บข้อมูลไปข้างหน้าในเรื่องแนวทางการรักษาแผลติดเชื้อที่กระจกตาจากเชื้อราให้ครอบคลุมเครือข่ายบริการ เพราะในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่ต้องควักตาทั้ง 4 ราย เกิดจากเชื้อรา

เอกสารอ้างอิง

1. พนิดา โกสียักษ์วงศ์. กระจกตาและสเคลอรา. จักษุวิทยา. 2550, 186.
2. Augustine R. Hong, Thomas S. Shute, Andrew J.W. Huang. Bacterial keratitis. Cornea. 4 Edition. Volume 1.3. Part vii. Disease of the cornea. Section 4. Corneal Infection Chapter. 2017, 75, 875-876.
3. Darfene Miller, Anat Galor, Eduardo C. Alfonso. Fungal keratitis. Cornea. 4 Edition. Volume 1.3. Part vii. Disease of the cornea. Section 4. Corneal Infection Chapter. 2017, 80, 964-965
4. วิลาวรรณย์ พวงศรีเจริญ. กระจกตาดัดเชื้อจากแบคทีเรีย. ตำราจักษุวิชาการ. 2560.
5. วิศรุต วุฑฒยากร. แผลติดเชื้อที่กระจกตาที่จำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2555-2559. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2562, 15(3), 78-86.
6. นงเยาว์ รุ่งพิบูลโสภิษฐ์. แผลติดเชื้อที่กระจกตาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร : ศึกษาในผู้ป่วย 111 ราย. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2550,11(1), 33 – 41.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษาภาวะติดเชื้อในช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Risk factors for peritoneal dialysis withdrawal due to peritoneal dialysis-related peritonitis in King Narai Hospital.

(Received: September 19,2024 ; Revised: September 23,2024 ; Accepted: September 24,2024)

รัฐพล จิตร์ไทย¹

Ratthaphon Chitthai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังด้วยวิธี case-controlled study มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในช่องท้อง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มรักษาต่อเนื่อง และกลุ่มที่ล้มเหลวในการรักษา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง และมีการติดเชื้อในช่องท้อง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 276 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ การทดสอบที และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยล้างไตช่องท้องทั้งสิ้น 276 คน มีการติดเชื้อที่สายล้างไตทางหน้าท้องร่วมด้วย ร้อยละ 13 เชื้อที่เป็นสาเหตุมากที่สุด Staphylococcus coagulase negative ร้อยละ 26.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษา ได้แก่ จำนวนครั้งการติดเชื้อ โรคเบาหวาน, Hemoglobin < 10 g/dl, Kt/V < 1.7 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, วิธีการล้างไตทางหน้าท้อง, ภาวะติดเชื้อในช่องท้อง, ความล้มเหลวในการรักษา

Abstract

This study was retrospective case-control study design to compare the demographic and clinical characteristics of patients with peritonitis between two groups: those who successfully underwent continuous ambulatory peritoneal dialysis and those who experienced treatment failure. The study aimed to identify factors associated with treatment failure. The sample comprised 276 patients diagnosed with end-stage renal disease who underwent peritoneal dialysis and developed peritonitis between October 1, 2018, and September 30, 2022. Data were collected using a researcher-developed data recording form and analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, t-tests, and logistic regression analysis.

Results: Among the 276 patients included in the study, 13% concurrent catheter-related peritoneal dialysis peritonitis. The most common causative organism was Staphylococcus coagulase-negative (26.8%). Factors significantly associated with treatment failure included the frequency of infection, fungal peritonitis, diabetes mellitus, hemoglobin levels < 10 g/dL, and Kt/V < 1.7 ($p < 0.05$).

Keywords: Chronic kidney disease patients, Peritoneal dialysis, Peritonitis, Treatment failure

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานมากกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างการทำงานของไต เมื่อการดำเนินของ

โรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) ทำให้เกิดการคั่งของของเสียและภาวะน้ำเกินตามมา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่ง

¹ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

มีด้วยกันทั้งหมด 3 วิธี ได้แก่ การขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หรือการล้างไตทางหน้าท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation: KT) ปัจจุบันอุบัติการณ์ของโรคไตและภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั่วโลกมีประมาณ 3,010,000 คน และมีอัตราการเพิ่มของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 7 ต่อปี สำหรับสถิติในประเทศไทย พบว่าความชุกผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตชนิด Peritoneal dialysis ปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีจำนวนผู้ป่วย 26,070 ราย 30,869 ราย และ 34,467 ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักของผู้เข้ารับการบำบัดทดแทนไตในปีพ.ศ. 2563 ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 42.30 และร้อยละ 41.50 ตามลำดับ

การล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD) เป็นวิธีการที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ซึ่งการทำ CAPD มีข้อดีและมีข้อจำกัดที่ต้องระมัดระวัง ข้อดีของการทำ CAPD จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตรักษาปริมาณปัสสาวะคงเหลือของผู้ป่วยให้นานขึ้นกำจัดของเสียได้อย่างสม่ำเสมอ ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะล้างไต ไม่ต้องเดินทางมา รพ.บ่อย และทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอีกนานประมาณ 6.2 ปี ส่วนข้อเสีย คือ การเกิด peritonitis ซึ่งแม้ในปัจจุบันการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาและใส่สายล้างไตทางช่องท้องได้พัฒนาไปอย่างมาก peritonitis ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตร้อยละ 16

Peritoneal dialysis (PD) การวิจัยล่าสุด พ.ศ. 2563 ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย พบ peritonitis ครั้งแรกในผู้ป่วย CAPD ร้อยละ 41.03 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก การเกิด peritonitis จะทำให้เยื่อบุผนังช่องท้องเสื่อมสภาพ จนต้องยุติการทำ PD

ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการปวด ระบบท้อง เกิดภาวะขาดสารอาหาร บางรายอาจมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะ sepsis จนต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา ดังนั้นการป้องกัน peritonitis ในผู้ป่วยที่ทำ CAPD จึงมีความสำคัญมาก

ในประเทศไทยงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด peritonitis ที่ตีพิมพ์ล่าสุดระหว่าง พ.ศ. 2560-2563 เป็นการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย CAPD ที่เกิดและไม่เกิด peritonitis ซึ่งพบปัจจัยที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บข้อมูลปัจจัย โดยพบว่าปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ จบการศึกษาดำรงชีพ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ดัชนีมวลกายน้อย ความเข้มข้นของเลือดต่ำ (hematocrit, Hct) ค่าน้ำตาลในเลือดสูง (fasting blood sugar, FBS) ค่าอัลบูมินต่ำ (albumin) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้างไต ได้แก่ ผู้ล้างไต สถานที่ ส่วนในการศึกษาของต่างประเทศที่ศึกษาปัจจัยความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วย CAPD พบว่า ผู้ป่วยต้องหยุดการล้างไตทางหน้าท้องเนื่องจากการติดเชื้อ โดยจำนวนครั้งในการเกิดการติดเชื้อ และโรค cardiovascular disease เป็นปัจจัยสำคัญ ที่พบในกลุ่มนี้ และยังพบว่ามีระดับ serum creatinine, BUN, albumin, ALT, Cholinesterase ต่ำ ในขณะที่ CRP ที่สูง และจำนวน WBC ที่สูงหลังได้ยาฆ่าเชื้อ ก็พบในกลุ่มที่รักษาล้มเหลวเช่นกัน

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นโรงพยาบาลขนาด 536 เตียง ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วย ESRD ที่เลือกทำ CAPD รายใหม่ เท่ากับ 45, 50 และ 32 ราย มีการติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง (Peritonitis) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย โดยสถิติการเกิด peritonitis มีระยะเวลาการติดเชื้อ เท่ากับ 44, 31 และ 33 episodes per patient-month ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตจาก peritonitis ร้อยละ 11, 17 และ 13 ตามลำดับ ซึ่งการเกิด peritonitis ในผู้ป่วย CAPD สามารถรักษาให้หายได้ และป้องกันการเกิด peritonitis ซ้ำ แต่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยบางราย เกิดภาวะดื้อ ต่อการ

รักษา หรือเรียกว่า Refractory peritonitis จนทำให้เกิดความล้มเหลวในการรักษา จนต้องถอดสายล้างไตทางหน้าท้องออก และต้องเปลี่ยนวิธีบำบัดทดแทนไตมาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแทน ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการทำการล้างไตทางหน้าท้องไป การศึกษานี้จึงต้องการที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องที่เกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) จนต้องถอดสายออก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มรักษาต่อเนื่อง และผู้ป่วยกลุ่มที่ล้มเหลวในการรักษา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องที่มีภาวะติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังด้วยวิธี case-controlled study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง และมีการติดเชื้อในช่องท้องเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 890 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง และมีการติดเชื้อในช่องท้อง เข้ารับการรักษา

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่

เกณฑ์คัดเข้า

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. วินิจฉัยมีการติดเชื้อในช่องท้องหลังการล้างไตทางหน้าท้อง
3. มีการบันทึกในเวชระเบียนครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก

1. มีการติดเชื้อในช่องท้องด้วยสาเหตุอื่น เช่น ใส่ดื่อกเสบ อวัยวะในช่องท้องทะลุ อุบัติเหตุบาดเจ็บในช่องท้อง
2. มีภาวะดื่อกเสบ ตับวาย
3. สงสัยว่าเป็นมะเร็ง

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของ Robert V. Krejcie and W.Morgan (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2551)

$$n = \frac{X^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + X^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

$X^2 = 3.84$ คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

$N = 890$ คือ ขนาดประชากร

$P = 0.50$ คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

$e = 0.05$ คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 276 คน สุ่มแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูล HosXp โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ล้มเหลวในการรักษา (case) จำนวน 138 คน ผู้ป่วยกลุ่มรักษาต่อเนื่อง (Control) จำนวน 138 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ข้อมูล peritoneal equilibration test (PET) และ Kt/V

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการติดเชื้อ ประกอบด้วย การได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนภายใน 3 เดือน จำนวนครั้งการติดเชื้อ เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ และการติดเชื้อที่สายล้างไตทางหน้าท้องร่วมด้วย (Catheter-related peritonitis)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก ประกอบด้วย Hematocrit, Hemoglobin, Serum WBC, Percentage of neutrophil in serum, Serum sodium, Serum potassium, Serum phosphate, Serum Albumin, Serum creatinine, PDF WBC and percentage of neutrophil in PDF

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย ผู้ทำหน้าที่การเปลี่ยนน้ำยา CAPD ระยะเวลาหลังการทำ CAPD ติดเชื้อในเยื่อในช่องท้อง ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ของครอนบาค

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลแบบแจกนับ (categorical data) จะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และ ร้อยละ ในขณะที่ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) แต่ถ้าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ (Asymmetrical distribution) จะนำเสนอโดยค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range;

IQR) ใช้สถิติ Chi square test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$ การหาปัจจัยทำนายใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI แสดงอัตราปัจจัยเสี่ยงครวละปัจจัยด้วย Odds ratio (OR) ครวละหลายปัจจัยด้วย Adjusted Odds ratio (OR_{adj})

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง และมีการติดเชื้อในช่องท้อง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 276 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 148 คน (ร้อยละ 53.6) มีโรคประจำตัว Hypertension 142 คน (ร้อยละ 69.6) มีการติดเชื้อที่สายล้างไตทางหน้าท้องร่วมด้วย 36 คน (ร้อยละ 13)

เชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้อง ส่วนใหญ่เป็นเชื้อ Staphylococcus coagulase negative 74 คน (ร้อยละ 26.8) รองลงมา Escherichia coli 49 คน (ร้อยละ 17.8)

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่บำบัดด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง และมีการติดเชื้อในช่องท้อง พบว่า จำนวนครั้งของการติดเชื้อเฉลี่ย 2.84 ครั้ง/ปี ระยะเวลาหลังการทำ CAPD และติดเชื้อเฉลี่ย 17.98 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.41 วัน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉลี่ย Serum WBC, Serum

neutrophil, Hemoglobin, Hematocrit, Serum sodium, Serum potassium, Serum phosphate, Serum creatinine, Serum Albumin, PDF WBC มีค่าเฉลี่ย 8,279 cell/mm³, 98.75%, 8.91g/dL, 26.96%, 135.97 g/dL, 4.01 g/dL, 4.36 g/dL, 9.87 g/dL, 3.66 g/dL, 1027.42 cell/mm³ ตามลำดับ

ความสมดุลของเยื่อผนังช่องท้องมากที่สุดเป็นกลุ่ม Low average 152 คน (ร้อยละ 55.1) รองลงมา High average 77 คน (ร้อยละ 27.9) Low 28 คน (ร้อยละ 10.1) High 19 คน (ร้อยละ 6.9)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มที่ล้มเหลว กับ กลุ่มรักษาต่อเนื่อง พบว่ามีความแตกต่างของจำนวนครั้งของการติดเชื้อ ระยะเวลาหลังการทำ CAPD และติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล ระดับ Hemoglobin ระดับ Hematocrit ประสิทธิภาพการฟอกไต (Kt/V) โดยในกลุ่มที่ล้มเหลว จำนวนครั้งของการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มรักษาต่อเนื่อง เฉลี่ย 2.29 ครั้ง/ปี ระยะเวลาหลังการทำ CAPD และติดเชืวน้อยกว่ากลุ่มรักษาต่อเนื่อง เฉลี่ย 14.27 เดือน ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่ม

รักษาต่อเนื่อง เฉลี่ย 2.92 วัน Hemoglobin ต่ำกว่ากลุ่มรักษาต่อเนื่อง เฉลี่ย 8.71 g/dL Hematocrit ต่ำกว่ากลุ่มรักษาต่อเนื่อง เฉลี่ย 26.22 g/dL PDF WBC สูงกว่ากลุ่มรักษาต่อเนื่อง เฉลี่ย 1,034.62 cell/mm³ และ Kt/V กลุ่มรักษาล้มเหลวต่ำกว่า กลุ่มรักษาต่อเนื่อง โดยค่า Kt/V เฉลี่ยของกลุ่มรักษาล้มเหลวอยู่ที่ 1.94 L/week/1.73 m² ดังตาราง 1

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษาแบบปัจจัยเดียว พบว่าโรคเบาหวาน (DM), ไชมันในเลือดสูง (DLP), การติดเชื้อที่สายล้างไตทางหน้าท้องร่วม, จำนวนครั้งการติดเชื้อ PDF WBC, Hemoglobin, Kt/V และ เชื้อ Candida มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.031, 0.038, 0.020, 0.001, 0.007, 0.000, 0.000, 0.000 ตามลำดับ สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษา ได้แก่ โรคเบาหวาน (DM), Hemoglobin < 10 g/dL, จำนวนการติดเชื้อ > 2 ครั้ง Kt/V < 1.7 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.003, 0.001, 0.000, 0.017 ดังตาราง 2 และ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย กลุ่มที่ล้มเหลว กับ กลุ่มรักษาต่อเนื่อง

ลักษณะทางคลินิก	การติดเชื้อในช่องท้อง		p-value
	กลุ่มที่ล้มเหลว(N=138)	กลุ่มรักษาต่อเนื่อง(N=138)	
อายุ	51.58 ± 16.49	52.36 ± 16.28	0.692
จำนวนครั้งของการติดเชื้อ (ครั้ง/ปี)	2.29 ± 0.74	1.93 ± 0.49	0.012*
ระยะเวลาหลังการทำ CAPD และติดเชื้อ (เดือน)	14.27± 1.94	18.21± 2.94	0.024*
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล (วัน)	2.92± 0.98	1.47± 1.09	0.008*
Initial Laboratory Data			
Serum WBC (cell/mm ³)	8256.46 ± 262.13	8302.90 ± 322.16	0.911
Serum neutrophil (%)	98.42 ± 2.91	96.34 ± 2.87	0.080
Hemoglobin (g/dL)	8.71 ± 1.32	9.12 ± 2.08	0.000*
Hematocrit (%)	26.22 ± 4.07	27.70 ± 6.45	0.050*
Serum sodium (g/dL)	135.89 ± 4.35	136.04 ± 4.81	0.783

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย กลุ่มที่ล้มเหลว กับ กลุ่มรักษาต่อเนื่อง

ลักษณะทางคลินิก	การติดเชื้อในช่องท้อง		p-value
	กลุ่มที่ล้มเหลว(N=138)	กลุ่มรักษาต่อเนื่อง (N=138)	
Serum potassium (g/dL)	4.10 ± 0.99	3.92 ± 0.78	0.272
Serum phosphate	4.45 ± 1.43	4.27 ± 1.17	0.064
Serum creatinine	9.84 ± 4.05	9.89 ± 4.31	0.364
Serum Albumin (g/dl)	3.67 ± 0.56	3.65 ± 0.51	0.781
PDF WBC	1,034.62 ± 83.47	923.17 ± 110.6	0.050*
ความเพียงพอ			
Kt/V	1.94 ± 0.39	2.14 ± 0.31	0.000*

* P<0.05

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษา (ปัจจัยเดียว)

Factor	การติดเชื้อในช่องท้อง		Relative Risk (95% CI)	P value
	กลุ่มที่ล้มเหลว (N=138)	กลุ่มรักษาต่อเนื่อง (N=138)		
Age				
<60 year	86	83	0.91	0.402
>60 year	52	55	0.56-1.48	
Sex				
Male	60	68	1.26	0.199
Female	78	70	0.78-2.02	
DM				
yes	77	59	1.69	0.031*
No	61	79	1.05-2.72	
HT				
yes	117	118	0.81	0.387
No	21	20	0.97-2.38	
DLP				
yes	13	2	1.82	0.038*
No	125	136	1.092-3.410	
Catheter-related peritonitis				
yes	36	1	2.09	0.020*
No	102	137	1.094-7.381	
จำนวนครั้งการติดเชื้อ				
< 2 ครั้ง	117	134	6.01	0.001*
> 2 ครั้ง	21	4	2.0-3.49	
White blood cells count				
< 3.0 × 10 ³ /ul	5	10	2.07	0.193
> 3.0 × 10 ³ /ul	133	128	0.69-6.24	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษา (ปัจจัยเดียว)

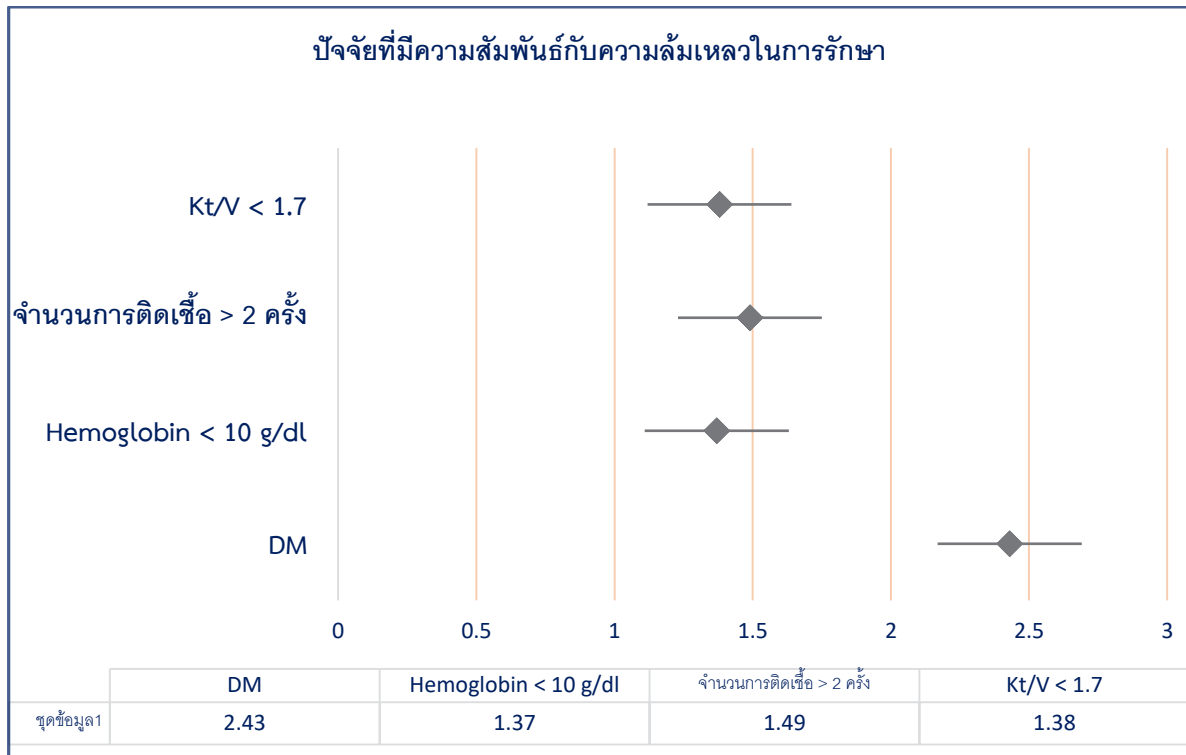
Factor	การติดเชื้อในช่องท้อง		Relative Risk (95% CI)	P value
	กลุ่มที่ล้มเหลว (N=138)	กลุ่มรักษาต่อเนื่อง (N=138)		
PDF WBC				
<1000	38	72	1.09	0.007*
>1000	100	66	1.01-4.83	
Hemoglobin				
< 10 g/dl	88	30	4.16	0.000*
> 10 g/dl	50	108	2.09-6.27	
Serum Phosphorus				
< 4.5 mg/dl	89	94	0.85	0.305
> 4.5 mg/dl	49	44	0.51-1.40	
Serum albumin				
<3.5 mg/dl	47	48	1.03	0.899
>3.5 mg/dl	91	90	0.62-1.68	
Kt/V				
< 1.7	52	7	2.79	0.000*
> 1.7	86	131	1.18-7.49	
เชื้อที่เป็นสาเหตุ				
Staphylococcus coagulase negative	35	39	1.16 0.68-1.97	0.587
Klebsiella pneumoniae	18	20	1.88 0.44-1.75	0.772
Escherichia coli	20	29	1.55 0.34-1.69	0.158
Pseudomonas aeruginosa	14	20	1.62 0.32-1.38	0.274
Acinetobacter baumannii	7	10	1.68 0.25-1.85	0.455
Enterobacter spp.	17	20	1.82 0.41-1.64	0.596
Candida	27	0	1.32 1.04-3.42	0.000*

* P<0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษา (ปัจจัยร่วมทำนาย)

ปัจจัย	OR	95%CI	P-value
DM	2.43	1.22-2.74	0.003*
Hemoglobin < 10 g/dl	1.37	1.17-1.64	0.001**
จำนวนการติดเชื้อ > 2 ครั้ง	1.49	1.20-1.97	0.000**
Kt/V < 1.7	1.38	1.20-3.12	0.017*
ค่าคงที่	2.77		0.007**

1 (reference) ** p-value < 0.01 * p-value < 0.05 (Nagelkerke $R^2=0.415$, Over percentage correct 76.4%)



สรุปและอภิปรายผล

จากจำนวนของผู้ป่วยลำไส้โตทางหน้าท้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่มีการติดเชื้อ peritonitis จำนวน 276 ราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สามารถลำไส้โตทางหน้าท้องต่อเนื่องได้ภายหลัง การติดเชื้อ และกลุ่มที่การรักษาล้มเหลวต้องได้รับการ ถอดสายลำไส้โตทางหน้าท้อง พบว่า ปัจจัยที่ สัมพันธ์ต่อความล้มเหลวในการรักษาการติดเชื้อทาง หน้าท้อง คือ ภาวะเบาหวาน (OR=2.4, 95%CI 0.22- 0.74,p=0.003) และการติดเชื้อทางสายลำไส้โตทาง หน้าท้อง (Catheter-related peritonitis) ซึ่งผล การศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Bunnag S. และคณะ¹ที่พบว่า ภาวะเบาหวานที่พบน้ำตาลใน เลือดสูง และการติดเชื้อผ่านทางสายลำไส้โตทางหน้า ท้องเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องของ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการลำไส้โตทางหน้า ท้องของโรงพยาบาลราชวิถี เนื่องจากภาวะเบาหวาน

ทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้²

ภาวะซีด โดยที่ Hemoglobin ที่น้อยกว่า 10 g/dL (OR=1.33, 95%CI 0.17-0.64,p=0.001) เป็น ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความล้มเหลวในการรักษาการติด เชื้อทางหน้าท้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pakorn Tungkasereerak³ ที่ทำการศึกษาศักยภาพ การติดเชื้อซ้ำในช่องท้องจากการลำไส้โตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซีด มีโอกาส ติดเชื้อซ้ำเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 48 (95%CI 1.03-2.14, p =0.036) โดยอธิบายจากภาวะซีดทำให้ระบบ ภูมิคุ้มกันทำงานได้ลดลงจากภาวะพร่องออกซิเจน

การติดเชื้อรา หรือ fungal peritonitis ซึ่งใน การศึกษานี้พบผู้ป่วยจำนวน 27 รายที่ติดเชื้อ Candida และทั้งหมดจำเป็นต้องได้รับการถอดสาย ลำไส้โตทางหน้าท้อง เนื่องจากมีการศึกษาก่อนหน้า นี้^{4,5} พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อราจะมีอัตราการตายและการ รักษาล้มเหลวที่สูงถึงแม้จะมีการถอดสายเร็วขึ้น เนื่องจากว่าการเพาะเชื้อรา มักใช้เวลาในการ

วินิจฉัย(fungal culture) ฉะนั้นจาก ISPD peritonitis Guideline 2022⁶ แนะนำว่าอาจใช้การตรวจ gram stain เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยการติดเชื้อทำได้เร็วขึ้น เพราะมีการศึกษาในอดีต^{7,8} พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อราในช่องท้องจากการล้างไตทางหน้าท้อง มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 50-90 ในกลุ่มที่ไม่ได้ถอดสายล้างไตทางหน้าท้อง ในขณะที่การถอดสายล้างไตทางหน้าท้องภายหลังการวินิจฉัยการติดเชื้อรา พบว่าอัตราตายลดลง 2-3 เท่า นอกจากนี้ยังเพิ่มโอกาสในการกลับมาทำการล้างไตทางหน้าท้องได้อีกด้วย⁹

ปัจจัยอื่นๆคือ จำนวนครั้งของการติดเชื้อที่ผ่านมามากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลที่ ระยะเวลาของการติดเชื้อครั้งแรกหลังจากวางสายล้างไตทางหน้าท้อง จำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำยาล้างไตทางช่องท้องวันแรกที่มาโรงพยาบาล และค่าความพอเพียง $kt/v < 1.7$ ก็พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อความล้มเหลวในการรักษาการติดเชื้อทางหน้าท้องเช่นกัน ซึ่งอธิบายได้จากการติดเชื้อที่ผ่านมามากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ผู้ป่วยอาจมีการติดเชื้อซ้ำซ้อน มีความเสี่ยงหรือพฤติกรรมในการติดเชื้อทางหน้าท้องง่าย หรือมีการติดเชื้อเดิมหลายครั้ง ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การรักษาล้มเหลว จนต้องถอดสายล้างไตทางหน้าท้องได้ นอกจากนี้ระยะเวลาการติดเชื้อจนมาถึงโรงพยาบาลที่นานกว่าทำให้เกิดความล่าช้าในการได้รับการรักษาก็เป็นอีกหนึ่งสาเหตุให้เกิดการรักษาล้มเหลวเช่นกัน

จำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พบว่า กลุ่มที่การรักษาล้มเหลว จะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำยาล้างไตทางช่องท้องสูงกว่ากลุ่มที่รักษาต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Surapon N. และคณะ¹⁰ ที่ทำการศึกษหาปัจจัยทำนายผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องในประเทศไทยที่มี

การรักษาล้มเหลว โดยทำเป็น Clinical risk prediction tools โดยใช้ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิต systolic BP < 90 mmHg จำนวนเม็ดเลือดขาววันที่ 3-4 หลังการรักษาที่ยังสูงกว่า 1,000/uL และจำนวนเม็ดเลือดขาววันที่ 5 หลังการรักษาที่ยังสูงกว่า 100/uL โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง พบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการรักษาล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 3, 54.4 และ 89.5 ตามลำดับ นอกจากนี้มีการศึกษาของ Chow KM. และคณะ¹¹ พบว่า จำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำยาล้างไตทางช่องท้องในวันที่ 3 หลังการรักษาที่สูงกว่า 1,090 /uL จะมีพยากรณ์โรคที่แย่ และเกิดการรักษาล้มเหลวเช่นกัน

ตามแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2560 ของสมาคมโรคไต แนะนำให้รักษาระดับค่าความพอเพียง $kt/v > 1.7$ เนื่องจากการศึกษาของ Lo WK และคณะ¹² พบว่าการทำการล้างไตทางหน้าท้องที่มีผลค่าความพอเพียง (kt/v) < 1.7 มีผลทำให้ต้องใช้ยากระตุ้นเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น มีอาการของเสียคั่ง (uremic symptoms) เพิ่มขึ้น และต้องเปลี่ยนไปทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เพราะฉะนั้นการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาค่าความพอเพียง $kt/v > 1.7$ มาเปรียบเทียบกับพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าความพอเพียง $kt/v < 1.7$ มีความเสี่ยงต่อการรักษาล้มเหลวในการรักษาการติดเชื้อทางหน้าท้อง (OR 1.00, 95%CI 1.20-3.12, $p=0.017$)

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกลุ่มที่ล้มเหลวในการรักษา CAPD เกี่ยวข้องกับความเพียงพอในการฟอกไต และจำนวนครั้งการติดเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. Bunnag S, Thanakitcharu P, Krairittichai U, Jirajan B, Meenune W, Kanjanapant C. Risk factors of infectious peritonitis of CAPD patients in Rajavithi Hospital. J Med Assoc Thai 2011; 94 (Suppl 4): S37-43.
2. Geerlings SE, Hoepelman AI. Immune dysfunction in patients with diabetes mellitus (DM). FEMS Immunol Med Microbiol 1999; 26(3-4): 259-65.

3. Pakorn Tungkasereerak. The Prognostic Factors of Recurrent Peritonitis in CAPD Patients. *Srinagarind Med J* 2017; 32(6): 519-23.
4. Nadeau-Fredette AC and Bargman JM. Characteristics and outcomes of fungal peritonitis in a modern North American cohort. *Perit Dial Int* 2015; 35(1): 78–84.
5. Chang TI, Kim HW, Park JT, et al. Early catheter removal improves patient survival in peritoneal dialysis patients with fungal peritonitis: results of ninety-four episodes of fungal peritonitis at a single center. *PeritDial Int* 2011; 31(1): 60–66.
6. Li PK, Chow KM, Cho Y, Fan S, Figueiredo AE, Harris T, Kanjanabuch T, Kim YL, Madero M, Malyszko J, Mehrotra R, Okpechi IG, Perl J, Piraino B, Runnegar N, Teitelbaum I, Wong JK, Yu X, Johnson DW. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int.* 2022 Mar;42(2):110-153.
7. Goldie SJ, Kiernan-Tridle L, Torres C, et al. Fungal peritonitis in a large chronic peritoneal dialysis population: a report of 55 episodes. *Am J Kidney Dis* 1996; 28(1): 86–91.
8. Wang AY, Yu AW, Li PK, et al. Factors predicting outcome of fungal peritonitis in peritoneal dialysis: analysis of a 9-year experience of fungal peritonitis in a single center. *Am J Kidney Dis* 2000; 36(6): 1183–1192.
9. Hassoun AA, Coomer RW and Mendez-Vigo L. Intraperitoneal daptomycin used to successfully treat vancomycinresistant enterococcus peritonitis. *Perit Dial Int* 2009; 29(6): 671–673.
10. Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Koyratkoson, K. et al. A Clinical Risk Prediction Tool for Peritonitis-Associated Treatment Failure in Peritoneal Dialysis Patients. *Sci Rep* 8, 14797 (2018).
11. Chow KM, Szeto CC, Cheung KK, et al. Predictive value of dialysate cell counts in peritonitis complicating peritoneal dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1(4): 768–773.
12. Lo WK, Ho YW, Li CS, Wong KS, Chan TM, Yu AW, Ng FS, Cheng IK. Effect of Kt/V on survival and clinical outcome in CAPD patients in a randomized prospective study. *Kidney Int.* 2003 Aug;64(2):649-56. doi: 10.1046/j.1523-1755.2003.00098.x. PMID: 12846762.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนร่วมกับเบาหวานที่มารับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ : กรณีศึกษา

Nursing management of an obese diabetic patient undergoing anesthesia for appendectomy: A case study.

(Received: September 19,2024 ; Revised: September 23,2024 ; Accepted: September 24,2024)

นฤมล สุวรรณวิโรจน์¹

Narumon Suwanwirote¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามิ่วตฤประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนร่วมกับเบาหวานที่มารับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงมาด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่ง ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกาย 38.81 กิโลกรัม/เมตร² และมีเบาหวานเป็นโรคร่วม

ผลการศึกษา พบว่า ประเมินความความยากในการใส่ท่อช่วยหายใจระดับ 2 สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ด้วยอุปกรณ์พิเศษ Vedeo laryngoscope with stylet โดยจัดทำผู้ป่วยท่า Ramp position ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระหว่างผ่าตัดไม่พบภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ หลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ระยะการดูแลในห้องพักฟื้นผู้ป่วยตื่นไม่เต็มที่ หายใจมีเสียงกรน ต้องได้รับออกซิเจนชนิดสูดดมนานกว่าผู้ป่วยรายอื่น จากการวางแผนการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนรับยาระงับความรู้สึก ระยะให้ยาระงับความรู้สึก ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก พบว่าผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

คำสำคัญ: โรคอ้วน, โรคเบาหวาน, การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ, ยาให้ยาระงับความรู้สึก

Abstract

This case study aimed to study nursing care for obese patients with diabetes who underwent anesthesia for appendicitis surgery. The study included a female patient who presented with pain in the lower right abdomen. The doctor diagnosed her with appendicitis and required surgical treatment. The patient had a body mass index of 38.81 kg/m² and had diabetes as a co-morbidity.

Results: The difficulty of intubation was assessed as Level 2. Intubation was successfully performed using a specialized device, a video laryngoscope with a stylet, and the patient was positioned in the Ramp position. General anesthesia was administered. During the surgery, there were no instances of hyperglycemia or hypoglycemia. Postoperatively, the endotracheal tube was successfully removed. In the recovery room, the patient was not fully alert and exhibited snoring respiration, requiring prolonged oxygen therapy compared to other patients. Based on the nursing care plan across all three phase: pre-anesthesia, anesthesia administration, and post-anesthesia, it was observed that the patient remained safe with no anesthetic complications and was able to return to normal activities.

Keywords: Obesity, Diabetes Mellitus, Appendectomy, Anesthesia

บทนำ

ผู้ป่วยโรคอ้วนมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหลายประการและมักจะมีโรคร่วมเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ส่งผลต่ออัตราการ

เกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวปกติ^{1,2} เนื่องจากจำนวนของผู้ป่วยอ้วนเพิ่มมากขึ้นทุกๆปี บุคลากรวิสัญญีควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ เพื่อให้การบริการระงับ

¹ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลประทาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ความรู้สึกผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น และปลอดภัย การพยาบาลในระยะก่อนการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อให้รับทราบข้อมูลความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเบื้องต้น การประเมินประเภทของผู้ป่วยตาม ASA class ประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจ การเตรียมทีมผ่าตัด ทีมวิสัญญีเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยในระยะที่ทำการผ่าตัดได้^{3,4} รวมถึงการพยาบาลในระยะขณะให้การยาระงับความรู้สึก ความพร้อมใช้ของเครื่องให้ยาระงับความรู้สึก ความพร้อมของอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ การวางแผนพยาบาล/การทำหัตถการล่วงหน้า การมีแผนสำรองเมื่อพบเหตุการณ์ไม่คาดฝัน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีใส่ท่อไม่สำเร็จเป็นสิ่งสำคัญต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัย สามารถให้แพทย์ผ่าตัดทำหัตถการได้ราบรื่น และเสร็จสิ้นหัตถการผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังดูแลที่เหมาะสมจนสามารถถอดท่อช่วยหายใจ แผลหายกลับบ้านได้ ใช้ชีวิตได้ปกติ

โรงพยาบาลประทายเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีศัลยแพทย์ 1 คน มีวิสัญญีพยาบาล 2 คน หัตถการผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีทางหน้าท้อง ผ่าตัดทำหมันหลังคลอด และการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (colonoscopy) เนื่องจากไม่มีวิสัญญีแพทย์ประจำที่โรงพยาบาลทำให้มีขีดจำกัดในการให้บริการด้านวิสัญญี จะมีวิสัญญีแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นที่ปรึกษา การทำกรณีศึกษาจึงมีประโยชน์มากเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานได้ศึกษาค้นคว้า กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม

วัตถุประสงค์

เพื่อนำความรู้เรื่องโรค แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนร่วมกับเบาหวานที่มารับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อ

ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจจากผู้ป่วยที่มารับยาระงับความรู้สึก
2. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการวารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
4. กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงาน
5. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษา การพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
6. วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการในการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล และทฤษฎีอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาล
7. สรุปผลกรณีศึกษา จัดพิมพ์เอกสารเผยแพร่ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 57 ปี เพศหญิง มาด้วยอาการ ปวดท้องน้อยด้านขวา เป็นมา 1 วัน 6 ชั่วโมง ก่อนมามีอาการปวดท้องด้านขวามากขึ้น มีไข้ แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเวลา 14.49 น วันที่ 6 กันยายน 2566 ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 154/88 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96% น้ำหนัก 92 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 38.81 กิโลกรัม/ตารางเมตร ตรวจร่างกายพบการกดเจ็บที่ท้องด้านขวาล่าง มีอาการท้องอืด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด(Complete blood count : CBC)

พบค่าเม็ดเลือดขาว (White blood cell : WBC) เท่ากับ 14,700 cells/mm ซึ่งแสดงถึงมีการติดเชื้อในร่างกาย ตรวจปัสสาวะไม่พบการติดเชื้อ ตรวจการตั้งครรภ์ผลเป็นลบ หมดประจำเดือนมา 8 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ(Acute Appendicitis) วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ วิสัญญีพยาบาลตรวจเยี่ยมประเมินอาการก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญี ASA class III จากที่ผู้ป่วยมีโรคอ้วน ร่วมกับโรคเบาหวาน BMI 38.81 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน(Obstructive sleep apnea : OSA) โดยประเมินตรวจ stop bang เท่ากับ 4 คะแนน ผลการตรวจ Mallapati class 2 ไม่มีฟันโยก ฟันปลอม ผลตรวจคลื่นหัวใจและ Chest X-ray ปกติ งดน้ำและอาหารตั้งแต่วันที่ 9.00 น รับประทานข้าวต้มเป็นมื้อสุดท้าย วันที่รับประทานยาเบาหวานแล้ว วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง(General anesthesia balance) เวลา 16.15 น. รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด สัญญาณชีพแรกเริ่ม ชีพจร 109 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 157/81 มิลลิเมตรปรอท จัดท่าผู้ป่วยนอนบนเตียงผ่าตัดด้วยท่านอนหงาย ดูแลจัดท่า Ramp position โดยการใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่และลำตัวส่วนบนโดยให้ตั้งหัวผู้ป่วยอยู่แนวเดียวกับกระดูก sternum และขนานกับพื้นราบ เพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจและเพิ่มโอกาสในการมองเห็นกล่องเสียงได้ชัดเจนขึ้น ในระยะนำสลบสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ด้วยอุปกรณ์พิเศษคือ Video laryngoscope with stylet ด้วยเทคนิค Rapid sequence induction with cricoid pressure ไม่มีอาการสำลัก ไม่ผิวดำแดง ยาที่ได้รับทางวิสัญญีได้แก่ Morphine 10 mg , Propofol 180 mg , succinyl choline 100 mg , Nimbex 10 mg ใช้ยาดมสลบ Sevoflurane ได้สารน้ำระหว่างผ่าตัดเป็น 5%D/N/2 600 ml สูญเสียเลือดประมาณ 20 ml ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวในเลือด 99-100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (End

tidal CO2) 32-35 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/70-150/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้ง/นาที คลื่นหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น ตรวจน้ำตาลในเลือดระหว่างผ่าตัดได้ 138 mg/dl แพทย์ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบพบมีการปริแตกของไส้ติ่งได้หนองประมาณ 5 ซีซี ได้ตัดไส้ติ่ง ทำความสะอาดในช่องท้องและเย็บปิดจนถึงชั้นผิวหนัง รวมระยะเวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 10 นาที หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ส่งดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักฟื้น ดูแลจัดท่านอนหัวสูง 45 องศา ตะแคงหน้าไปด้านซ้าย ให้ออกซิเจนชนิด mask with bag 8 ลิตร/นาที มีอาการหนาวสั่น ดูแลให้ห่มผ้าห่มอุ่นอาการดีขึ้น ปวดแผลระดับความปวด 10 คะแนน ดูแลให้ยา morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ดูแลต่อจนครบ 1 ชั่วโมง ประเมินอาการตามเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น (Post Anesthetic Recovery Score :PARS) เท่ากับ 10 คะแนน ความดันโลหิต 141/87 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97% Room Air ระดับความปวด 5 คะแนน ไม่มีหนาวสั่น ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน สามารถส่งกลับหอผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องได้ หลังจากนอนพักที่หอผู้ป่วยได้ติดตามเยี่ยม พบว่ามีอาการปวดแผล ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน ไม่พบอาการน้ำตาลต่ำ มีน้ำตาลสูงเกิน 200 mg/dl 1 ครั้ง ได้รับยาอินสุลินตามแผนการรักษา ได้รับการกระตุ้นการช่วยเหลือตัวเองหลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ ได้รับยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน ตัดไหมแผลดีดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 7 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดได้ตั้งอีกสัปดาห์ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติมีพื้นฐานวิตกกังวลเนื่องจากไม่เคยได้รับการผ่าตัดหรือเจ็บป่วยมาก่อนและกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด และมีความพร้อมยอมรับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำตนเอง ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการพูดคุยซักถาม สังเกตสีหน้าท่าทาง เพื่อการวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง 2. อธิบายถึงขั้นตอน วิธีการ การให้ยาระงับความรู้สึกและแจ้งให้ทราบว่ามีวิสัญญีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดและหลังผ่าตัดจะมีการดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักรักษาตัว 1 ชั่วโมงโดยวิสัญญีพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงอธิบายการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก 3. อธิบายวิธีการผ่าตัดและแนวทางการผ่าตัดร่วมกับศัลยแพทย์ 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้เห็นในยินยอมการผ่าตัดและเซ็นในยินยอมให้ยาระงับความรู้สึก 5. จัดที่นั่งรอของญาติที่หน้าห้องผ่าตัด แจ้งให้ญาติทราบเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดตามดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักรักษาตัว การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวลประเมินจากท่าทาง การรับรู้และเข้าใจให้มีความร่วมมือในการวางแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้มีความร่วมมือในการให้การพยาบาล เช่นในยินยอมการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก
ระยะให้ยาระงับความรู้สึก ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยากจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคอ้วน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนมีค่า BMI = 38.81 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะ OSA จากการประเมินการตรวจ STOP-BANG = 4 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96% วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลจัดทำ Ramp Position เพื่อช่วยให้การใส่ท่อช่วยหายใจได้ง่ายขึ้น โดยใช้ผ้าหนูนุ่มใต้ไหล่และลำตัว ส่วนบนโดยให้ตั้งหูผู้ป่วยอยู่ในแนวเดียวกับกระดูก Sternum และขนานกับพื้นราบ 2. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 % นาน 5 นาที ทางหน้ากากช่วยหายใจและเตรียม อุปกรณ์ช่วยหายใจที่เหมาะสม 3. ตรวจสอบการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจ Laryngoscope 2 ชุด อุปกรณ์พิเศษที่มีได้แก่ Video laryngoscopy เตรียมท่อ Endotracheal tube พร้อมใส่ stylet 4. เลือกวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจด้วยเทคนิค Rapid sequence induction with cricoid pressure 5. เลือกใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Video laryngoscopy หลังใส่ท่อตรวจสอบตำแหน่งปลายท่อและปิด พลาสเตอร์ยึดป้องกันการเลื่อนหลุด 6. ขณะใส่ท่อช่วยหายใจโดยมีศัลยแพทย์อยู่ด้วย เพื่อเตรียมความพร้อม วางแผนแก้ปัญหาพร้อมกันในกรณีฉุกเฉินหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ การประเมินผล ผู้ป่วยรายนี้ใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จในครั้งแรกด้วย Video laryngoscopy ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน สามารถบริหารยาระงับความรู้สึกและผ่าตัดได้ราบรื่น
ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรายนี้มีอาหารล่าสุดรับประทานข้าวต้มและน้ำเต้าหู้ ระยะเวลางดน้ำงดอาหาร 7 ชั่วโมง แต่ในผู้ที่เป็นโรคอ้วนจะมีความดันในช่องท้องและความดันในกระเพาะอาหารสูงขึ้น ทำให้กรดและอาหารที่กำลังย่อยในกระเพาะอาหารไหลทวนย้อนกลับเข้าสู่หลอดอาหารได้ง่าย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ซักถามและตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำและอาหาร 2. จัดท่าดูแลจัดทำ Ramp Position 3. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน อุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะขนาดต่างๆ 4. เลือกวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจด้วยเทคนิค Rapid sequence induction with cricoid pressure โดยใส่ขณะที่ยาหย่อนกล้ามเนื้อออกฤทธิ์หย่อนเต็มที่ ป้องกันผู้ป่วยขยับสำลักน้ำย่อยหรือเศษอาหารเข้าหลอดลมขณะ ใส่ Video laryngoscope blade 5. ติดเครื่องวัดสัญญาณชีพ วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และ เครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา ปรึการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม เพื่อรักษาความดันโลหิตให้อยู่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
จึงถือว่ามีความเสี่ยงภาวะอาหารเต็มเพื่อป้องกันความเสี่ยง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และป้องกันการสำลักน้ำย่อยหรืออาหารเข้าปอด	ในช่วง 100/60-150/90 มิลลิเมตรปรอท ติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้มีการหัก พับ งอ รั่ว และระมัดระวังข้อต่อต่างๆ ไม่เกิดการหลุด 6. ขณะให้การพยาบาล ฟังปอดเป็นระยะ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจโดยตั้ง Mode Pressure Control ให้ออกซิเจน 60% เนื่องจากขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง 8. สังเกตเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดริม สังเกตอาการที่แดงถึงภาวะพร่องออกซิเจนทางผิวหนัง เช่น ฝีปาก สีเล็บ ผิวกาย การประเมินผล ใส่ท่อช่วยหายใจได้ราบรื่น ไม่มีการสำลักน้ำย่อยหรือเศษอาหารเข้าปอด ฟังเสียงปอดเท่ากันทั้งสองข้าง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 32-35 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/70-150/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้ง/นาที คลื่นหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ
ปัญหาที่ 4. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำขณะผ่าตัดเนื่องจากเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน รักษาด้วยยา Metformin 500 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น Glipizide 5 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง วันผ่าตัดผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารเช้าแล้ว รับประทานอาหารและน้ำล่าสุด 7 ชั่วโมงก่อนการตัด น้ำตาลในเลือด 86 mg/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำขณะได้รับยาระงับความรู้สึก	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%D/N/2 1000 ซีซี ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ตรวจน้ำตาลในเลือดขณะให้ยาระงับความรู้สึก หากต่ำกว่า 80 mg/dl หรือเกิน 200 mg/dl หรือต่ำกว่า รายงานแพทย์เพื่อรับการรักษา 3. ติดตามสัญญาณชีพ วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และ วัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา 4. สังเกตอาการผู้ป่วยที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลต่ำขณะได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น เหงื่อซึม ตัวเย็น การประเมินผล ขณะได้รับยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยไม่มีอาการเหงื่อซึมตัวเย็น ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 600 ซีซี ตรวจน้ำตาลในเลือดมีค่าเท่ากับ 138 mg/dl
ปัญหาที่ 5. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเป็นครั้งแรก วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ติดเครื่องมืออุปกรณ์เฝ้าระวังขณะให้ยาระงับความรู้สึก NIBP, EKG, SPO2, ETCO2 ตลอดระยะการผ่าตัด 2. เฝ้าระวังการเคลื่อนไหวหลุดของท่อช่วยหายใจ 3. เฝ้าระวังติดตาม ระดับค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วมือ ติดตามค่าความเข้มข้นของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 4. เฝ้าระวังความเพียงพอของระดับยาคมสลบ และบริหารยาหย่อนตัวของกล้ามเนื้อให้เพียงพอเหมาะสม 5. ดูแลให้สารน้ำทดแทนขณะผ่าตัด เฝ้าระวังการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 6. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกาย ควบคุมอุณหภูมิห้อง ป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีขณะได้รับยาระงับความรู้สึก
ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก	กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากที่ผู้ป่วยมีภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนขณะหลับ (Obstructive sleep apnea : OSA) ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยโรคอ้วน ดัชนีมวลกาย 38.81 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ ได้รับการรับความรู้สึกทั่วร่างกายและมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง หลังผ่าตัดมีอาการท้องอืดเล็กน้อย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะหายใจได้อย่างสม่ำเสมอสามารถไอและขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน	1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายหนุนศีรษะสูง 45 องศา ตะแคงหน้าไปทางด้านซ้าย เพื่อเปิดทางเดินหายใจ ให้โล่งและเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ช่วยให้การหายใจได้สะดวกขึ้น 2. ให้ออกซิเจน Mask with bag 8 ลิตร/นาที่ สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ 3. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 5 นาทีและ ติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ตลอดเวลา 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการไอ เพื่อขับเสมหะ หรือใช้เครื่องดูดเสมหะช่วยในการระบายนเสมหะ สังเกตริมฝีปาก สีผิว สีเล็บ ไม่เขียวคล้ำ 5. ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินปัญหาและ สามารถแก้ไขได้อย่างทันท่วงที การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจเองได้ไม่เหนื่อยหอบ ทรวงอกขยายขึ้นลงได้ดีเท่ากันทั้งสองข้าง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97% Room Air สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ริมฝีปาก สีเล็บ สีผิว ไม่เขียวคล้ำ
ปัญหาที่ 7 ไม่สุขสบายจากภาวะหนาวสั่น ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดซึ่งห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิ 21 องศาเซลเซียส อยู่ในห้องผ่าตัดรวมเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที แรกวันที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่น วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการหนาวสั่น ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจสอบเสื้อผ้าผู้ป่วยไม่ให้มีเปียกชื้น ห่มผ้าห่มลมร้อนให้ตั้งอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส 2. ดูแลให้สุดตามออกซิเจน Mask with bag 8 ลิตร/นาที่ เพื่อป้องกันการพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะหนาวสั่นทำให้ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 3. ถ้าอาการไม่ดีขึ้นวางแผนให้ยา Pethidine 20 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. ควบคุมอุณหภูมิห้องพักฟื้นให้อุ่นขึ้นด้วยการปิดแอร์หรือปรับอุณหภูมิสูงขึ้น การประเมินผล หลังจากห่มผ้าห่มลมร้อนผู้ป่วยอาการดีขึ้นหายจากอาการหนาวสั่น ไม่ได้รับยา ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน
ปัญหาที่ 8 ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ มีแผลผ่าตัดที่ท้องด้านขวา ขมวดคิ้วตลอดเวลา ระดับความปวด 10 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ลดความเครียดและความวิตกกังวล	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อ หน้าท้องหย่อนตัว 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สอบถามประเมินคะแนนระดับความปวด พูดให้กำลังใจ 3. ดูแลให้ได้รับยา Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และมีแผนการให้ยาบรรเทาปวดต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมงแรกด้วย Morphine 5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนในห้องพักฟื้น การประเมินผล หลังจากได้ยาระงับปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยสงบขึ้น อาการขมวดคิ้วนิ้วหน้าลดลง ก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้นระดับความปวดลดลงจาก 10 เหลือ 5
ปัญหาที่ 9 มีภาวะคลื่นไส้อาเจียน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยโรคอ้วนจะมีความดันในช่องท้องและความดันในกระเพาะอาหารสูงขึ้น ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Morphine 5 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชม ซึ่งฤทธิ์ข้างเคียงทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ร่วมกับอาเจียนเป็นน้ำสีเขียว วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ประมาณ 45 องศา เพื่อลดความดันในช่องท้องและกระเพาะอาหาร 2. จัดให้นอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อลดการสำลักราย่อยเข้าปอดในขณะที่ผู้ป่วยอาเจียนให้ยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียน คือ Metoclopramide 10 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงใน 24 ชม.แรกหลังผ่าตัด 3. อธิบายอาการและสาเหตุการเกิดภาวะนี้พร้อมแจ้งแผนการรักษา แผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล การประเมินผล ปัญหาทั้งหมดไปในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด สามารถจิบน้ำและรับประทานอาหารตามลำดับของอาหารหลังผ่าตัดได้ ท้องไม่อืด ขับถ่ายปกติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 10 มีโอกาสติดเชื้อแผลผ่าตัดและเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ(Peritonitis) ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยโรคอ้วนร่วมกับเบาหวาน ในการผ่าตัดพบการปริแตกของไส้ติ่งอักเสบ เย็บปิดแผลชั้นผิวหนัง 5 stitch วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ แผลติดเชื้อไม่พบแผลติดเชื้อ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจค่าน้ำตาลในเลือดและเฝ้าระวังให้อยู่ในช่วง 80-200 mg/dl 2. ดูแลทำความสะอาดแผลวันละ 1 ครั้ง สังเกตอาการแผลบวมแดงปวด อาการไข้ 3. แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกาย ดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้แก่ ceftriaxone 2 กรัม วันละ 1 ครั้ง Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ต่อเนื่อง 7 วันตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ดูแลให้ได้รับยารักษาเบาหวานตามแผนการรักษา การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีไข้ ครบ 7 วันตัดไหมแผลดีดี ไม่บวมแดง
ปัญหาที่ 11 ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ	กิจกรรมพยาบาล 1. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การช่วยเหลือตัวเอง การดูแลความสะอาดของแผลและร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติของแผล 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยนักโภชนาการ 3. แนะนำการออกกำลังกายเมื่อแผลหายดี การควบคุมน้ำหนักตัว 4. แนะนำญาติสังเกตอาการหายใจขณะหลับ หากมีอาการนอนกรนหรืออุดกั้นทางเดินหายใจมากขึ้น 5. แนะนำให้รับการรักษา 6. แนะนำมาตรวจตามนัดและฟังผลชิ้นเนื้อ 7. ให้ช่องทางการติดต่อสอบถามในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัย การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ รับฟัง ซักถาม ตอบคำถาม ด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคอ้วนมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหลายประการและมักจะมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ส่งผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวปกติ ความเสี่ยงสำคัญคือการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ทัศนคติพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการทางเดินหายใจ เตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสม ความพร้อมของอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ รวมถึงการพยาบาลในระยะขณะให้การยาระงับความรู้สึก ความพร้อมใช้ของเครื่องให้ยาระงับความรู้สึก การมีแผนสำรองเมื่อพบเหตุการณ์ไม่คาดฝัน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีใส่ท่อไม่สำเร็จเป็นสิ่งสำคัญต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัย⁴

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนร่วมกับเบาหวานที่มารับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบรายนี้พบว่าขณะผ่าตัดมีการปริแตกของไส้ติ่ง ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาเพิ่มขึ้น บทบาทของทัศนคติพยาบาลในการเยี่ยมประเมินหลังผ่าตัดนอกจาก

จะประเมินภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี จะต้องเพิ่มการให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การดำเนินของโรค แผนการรักษา แผนการพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความวิตกกังวล ลดความไม่พึงพอใจในการรับบริการ^{5,6}

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยและญาติที่มารับยาระงับความรู้สึกจะมีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทัศนคติพยาบาลต้องให้คำแนะนำอย่างละเอียด ครอบคลุมทุกระยะของการให้ยาระงับความรู้สึก สร้างสัมพันธภาพและให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล

2. ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อมีการติดเชื้อในร่างกายจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงสูงหรือต่ำได้ จะต้องเฝ้าระวังการควบคุมระดับน้ำตาลและการป้องกันการติดเชื้อหลังการผ่าตัด

3. ผู้ป่วยโรคอ้วนมีน้ำหนักตัวมาก การเคลื่อนไหวร่างกายและการช่วยเหลือตัวเองในภาวะเจ็บป่วยจะทำได้ยาก จะต้องมีการป้องกันความเสี่ยงในการพลัดตกเตียงขณะเคลื่อนย้าย ป้องกันการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ

4. จัดทำแผนพัฒนาวิสัยทัศน์พยาบาลในการอบรมฟื้นฟูวิชาการวิสัญญี อบรมฟื้นฟูการจัดการทางเดินหายใจ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงใส่ท่อช่วยหายใจยากให้ได้รับความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. อดิสร จันทระจาง. (2558). การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วน. <https://apps.hpc.go.th/dmkm/web/uploads/2020/094207-20200925231252/e933ba5ec3781ae4122b1e8ebe1a2a93.pdf>
2. ศรัญญา จุฬาริ. (2558). การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคอ้วน การจัดการและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยในห้องฟักฟื้น. วิทยุณิสาร ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/111877>
3. ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ. (2560). ฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. ครั้งที่ 36. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.
4. สุมล มั่นทะกะ, พรวิณัฒน์ มิตรมาก, สุธาสินี สมานคตวัฒน์, อรุณทัย ศิริอัสกุล. (2562). การประเมินภาวะใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอ้วนโดยใช้ Intubation Difficulty Scale (IDS) ในโรงพยาบาลราชบุรี: การศึกษาแบบพรรณนา. วิทยุณิสาร, 45(1), 7-14.
5. Siriussawakul A, Wangdee A, Chatsiriphatthana A, Komoltri C, Dejarkom S, Jirachapitak S, et al. Modified Mallampati test, neck circumference and short inter-incisor gap are risk factors for troublesome intubation in Thai obese patients. Siriraj Med J 2017;66(6):8.
6. Eiamcharoenwit J, Itthisompai boon N, Limpawattana P, Suwanprattheep A, Siriussawakul A. The performance of neck circumference and other airway assessment tests for the prediction of difficult intubation in obese parturients undergoing cesarean delivery. Int J Obstet Anesth 2017;31:45-50.

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด
ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Self-protection behavior from the use of chemical pesticides in corn farmers, Krachang
Subdistrict, Kanthararuk District, Sisaket Province.

(Received: September 19,2024 ; Revised: September 23,2024 ; Accepted: September 24,2024)

สุกัญญา เหล่าแคว¹ รวีวัลย์ แพงตา¹ วรณภรณ์ บัวหยาด¹ วลัยรัตน์ พิมพ์สาร¹ สุพรรณษา ภูษา¹ พิชชาพร บุญสูง¹
Suganya Laokae¹ Raweewan phanta¹ Wannaporn Buayad¹ Walairat Pimsan¹ Supunsa pusa¹
Phitchaporn Boonsoong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดในตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดจำนวน 213 คน โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลในเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2567 โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากสารเคมีอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 99.08) โดยมีความเข้าใจผิดบางประการ เช่น การฉีดพ่นตอนแดดจัดไม่เป็นอันตราย ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและระดับดีใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 49.76 และ 50.24) สำหรับระดับปัจจัยกระตุ้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.92) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 90.61) โดยเฉพาะในช่วงก่อนและระหว่างการฉีดพ่น แต่ยังมีบางส่วนที่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ เช่น การอ่านฉลาก การใส่ชุดป้องกัน การงดกินอาหาร/สูบบุหรี่ ขณะฉีดพ่น การติดป้ายเตือนหลังฉีดพ่น การเก็บสารเคมี และการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด

Abstract

This survey research by cross sectional study aimed to study self-protective behaviors against pesticide use among corn farmers in Krachang Sub-district, Kanthararuk District, Sisaket Province. The sample consisted of 213 corn farmers selected by systematic sampling. Data were collected from April to May 2024 using a developed questionnaire and analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage.

The results revealed that most farmers had a high level of knowledge about self-protection from pesticides (99.08%), with some misunderstandings, such as believing that spraying during hot weather is not harmful. Health beliefs were equally distributed between moderate and good levels (49.76% and 50.24% respectively). Most motivating factors were at a moderate level (54.92%). Regarding self-protective behaviors, most were at a good level (90.61%), especially before and during spraying. However, some farmers did not consistently practice certain behaviors, such as reading labels, wearing protective equipment, abstaining from eating/smoking while spraying, posting warning signs after spraying, storing chemicals properly, and seeking medical attention when experiencing abnormal symptoms.

Keywords: self-protective behaviors, pesticides, corn farmers

บทนำ

ในปี 2565 ประเทศไทยมีพื้นที่ปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ทั้งประเทศรวม 3,768,799 ไร่ ภูมิภาคที่มี

การปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ มากที่สุด คือ ภาคเหนือ 2,535,073 ไร่ รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 795,862 ไร่ ภาคกลาง 437.74 ไร่และภาคใต้ 90 ไร่

¹ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ข้าวโพดจะมีโรคที่สำคัญ คือ โรคคราบน้ำค้าง (Downy mildew) โรคราสนิม โรคใบไหม้แผลเล็ก (Southern corn leaf blight) ใบไหม้แผลใหญ่ (Northern corn leaf blight) โรคใบจุด (Leaf spot) เมื่อข้าวโพดโตอายุประมาณ 45 – 50 วัน คือระยะเริ่มมีฝัก ก็จะมีปัญหาเกี่ยวกับแมลงและศัตรูอื่น ๆ ของข้าวโพด อาทิ เช่น หนอนเจาะลำต้น (Corn stem borer) หนอนกระทู้ข้าวโพด (Corn army worm) หนอนเจาะฝักข้าวโพด (Corn ear worm) มอดดิน (Ground weevil) ดังนั้นจึงต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน 3 ขั้นตอนคือ 1) การใช้สารก่อนปลูกโดยฉีดพ่นก่อนเตรียมดิน 3-10 วัน 2) การใช้ก่อนวัชพืชงอก โดยการพ่นสารเคมีทันทีหลังการปลูกข้าวโพด และ 3) การใช้หลังวัชพืชงอกโดยใช้ก่อนข้าวโพดหรือวัชพืชออกดอก ชนิดสารเคมีกำจัดวัชพืช ได้แก่ กลุ่มคลอโรอะซิทานิลลิด พาราควอต ไกลโฟเสท¹ จะเห็นว่าในการปลูกข้าวโพดมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในทุกขั้นตอน แม้จะมีประโยชน์ในการช่วยเพิ่มผลผลิต แต่ก็มีผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร

ข้อมูลการเจ็บป่วยจากพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ในประเทศไทยพบการป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชในปี 2564-2566 เท่ากับ 5,046, 6,511 และ 3,971 คนตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร 11.08, 14.26 และ 8.72 ตามลำดับ ส่วนในจังหวัดศรีสะเกษ พบสูงในปี 2564 ถึง 362 คน คิดเป็น 362 ต่อแสนประชากร และลดเหลือ 49 และ 65 รายในปี 2565-2566 คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 4.79 และ 6.42 ตามลำดับ ในอำเภอกันทรลักษ์พบผู้ป่วยมากที่สุด ข้อมูลในปี 2564-2566 มีจำนวน 11, 10 และ 12 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 6.57, 5.88 และ 7.03 ตามลำดับ²

พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเกี่ยวข้องกับความเชื่อของบุคคล ซึ่งความเชื่อนั้นเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมตามความคิดเห็นหรือความเข้าใจ ผลจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ทั้งทางตรงและ

ทางอ้อม นอกจากนั้นพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการให้ค่าหรือคุณค่ากับผลลัพธ์ที่ความคาดหวัง ซึ่งหากบุคคลได้รับรู้ถึงภาวะอันตรายต่อการเกิดโรคและการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง ก็เท่ากับว่าบุคคลได้รับการเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรม การตอบสนองหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงเลือกใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)³ มาอธิบายพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งงานวิจัยก่อนหน้านี้ของสุชาติา ช้องแก้ว⁴ ทำวิจัยในเกษตรกรปลูกข้าวโพดพบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันตนเอง ระยะเวลาในการปลูก สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการศึกษามัธยมตอนปลาย

จังหวัดศรีสะเกษ มีพื้นที่ทำการเกษตรทั้งหมด 3,968,440 ไร่ มีพื้นที่ปลูกข้าวโพด 33,789 ไร่ ส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอกันทรลักษ์ โดยในอำเภอกันทรลักษ์ มีพื้นที่ 8,630 ไร่ อยู่ในตำบลกระแซง 2,668 ไร่ (ร้อยละ 30.91) บ้านกระแซง ตำบลกระแซง มี 398 หลังคาเรือน ประชากร 1,668 คน มีครัวเรือนปลูกข้าวโพด 297 ครัวเรือน พื้นที่ในปลูกข้าวโพด 470 ไร่ (ร้อยละ 17.62 ของพื้นที่ปลูกทั้งตำบล) ที่ผ่านมามีประชาชนได้รับผลกระทบจากการสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 66 คน จากการสัมภาษณ์เบื้องต้นในพื้นที่พบว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นิยมใช้ส่วนใหญ่เป็นสารเคมีกำจัดวัชพืช ได้แก่ ไกลโฟเสท พาราควอต และอะทราซีน จากการสำรวจพื้นที่พบว่าเกษตรกรยังขาดการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่มีการสวมชุดอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ผ้าปิดปาก แวนตา ถุงมือ เสื้อผ้าแขนยาว รองเท้าบูท เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันสารเคมีกลุ่มไกลโฟเสทพาราควอต มีประกาศยกเลิกใช้หรือลดปริมาณการใช้ เนื่องจากมีพิษร้ายแรง⁵ แต่ก็มีเกษตรกรบางคนในพื้นที่ที่ยังคงมีการใช้

เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายที่เข้มงวดในเรื่องของการตรวจสอบร้านค้า ผู้จำหน่ายหรือเกษตรกรผู้ใช้

จากความผลกระทบด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดจากการสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการป้องกันตนเองของเกษตรกรอยู่ในระดับไม่ดี ประกอบกับในบ้านกระแซง ตำบลกระแซงที่มีผู้ปลูกข้าวโพดเป็นจำนวนมาก และยังไม่มีข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผู้วิจัยในฐานะนักศึกษาสารณสุขที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ จึงจะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดในบ้านกระแซง เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey research by Cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ปลูกข้าวโพดในบ้านกระแซง ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 429 คน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ปลูกข้าวโพดในบ้านกระแซง ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ และขึ้นทะเบียนเกษตรกรในปี 2566 ได้จากการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด คำนวณโดยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของจำนวนประชากร ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรของ Daniel⁶ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้ค่าสัดส่วนจากงานวิจัยของสุชาดา ช้องแก้ว⁴ พบเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพดมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.3 และค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าสัดส่วนผู้วิจัยกำหนดให้เท่ากับ .05 ได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 194 คน และเมื่อใช้กรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 213 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ปรับปรุงขึ้นจากแบบสอบถามของ สุชาดา ช้องแก้ว⁴ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพมี 5 หมวด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 4 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมิน โดยใช้ (IOC : Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 1 ถือว่ามีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแล้วไปทดสอบเครื่องมือกับประชาชนในตำบลใกล้เคียงจำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) ได้ค่าระหว่าง 0.70-0.96 ถือว่ามีความเหมาะสม

วิธีการเก็บข้อมูล

1) เตรียมความพร้อมของชุมชนที่จะลงเก็บข้อมูลโดยการทำหนังสือราชการจากคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ถึงผู้นำหมู่บ้านเพื่อขออนุญาตทำการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษารายละเอียดในการ เก็บข้อมูล และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ

2) ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเข้าพบเกษตรกรในช่วงเช้าก่อนที่เกษตรกรจะออกไปทำงาน นอกหมู่บ้านและในช่วงเย็นหลังจากเลิกงาน ผู้ศึกษาแนะนำตัวเองพร้อมทั้งได้อธิบายวัตถุประสงค์ใน

การศึกษารายละเอียดของการเก็บข้อมูล และสอบถามความสนใจในการให้ข้อมูลก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

3) ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามติดต่อประสานงานเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่บ้านเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม และให้รหัสตามที่กำหนดไว้ เพื่อนำผลมาวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลใช้ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะมีคำชี้แจง และขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บ มีเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม

2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยมีผู้ตอบถูกมากกว่าร้อยละ 98 ในแต่ละข้อ ยกเว้นประเด็นเรื่องการฉีดพ่นสารเคมีตอนแดดจัดไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ยังมีความเข้าใจผิดอยู่มาก โดยมีผู้ตอบถูกและผิดใกล้เคียงกันพบร้อยละ 50.23 และร้อยละ 49.76 ตามตารางที่ 2 เมื่อแบ่งระดับความรู้ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 99.08 โดยมีส่วนน้อยที่มีความรู้ระดับปานกลางและต่ำ

3. ระดับความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากคะแนนที่เป็นไปได้ 14-70 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง

ระดับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากคะแนนที่เป็นไปได้ 14-70 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยกระตุ้นในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.92) รองลงมาเป็นระดับสูง (ร้อยละ 40.84)

งานวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เลขที่ 007/2567 ลงวันที่ 29 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.4) อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 45.1) สมรสแล้ว (ร้อยละ 71.8) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.7) อาชีพหลักคือทํานา (ร้อยละ 40.8) รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 72.3) ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนาน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 68.1)

4. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ดีในการเตรียมตัวก่อนฉีดพ่น ได้แก่ อ่านฉลากก่อนใช้ ตรวจสอบอุปกรณ์ และเตรียมอุปกรณ์ป้องกันพร้อม ระหว่างฉีดพ่น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78-92) มีพฤติกรรมที่ดีในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน งดรับประทานอาหารหรือสูบบุหรี่ หยุดฉีดเมื่อมีอาการผิดปกติ ยืนเหนือลม และล้างมือหลังสัมผัสสารเคมี ในขณะที่หลังฉีดพ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77-81) มีพฤติกรรมที่ดีในการอาบน้ำ แยกซักเสื้อผ้า ทิ้งภาชนะ ล้างอุปกรณ์ เก็บสารเคมี และไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

แม้ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมที่ดี แต่ยังมีร้อยละ 11-21 ที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งเท่านั้นในการอ่านฉลากเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน และใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่น ซึ่งไม่เพียงพอต่อความปลอดภัย และยังมีผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติถึงร้อยละ 11.73 ในการงดรับประทานอาหารหรือสูบบุหรี่ขณะฉีดพ่น ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการรับสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย

พฤติกรรมการติดป้ายเตือนหลังฉีดพ่นยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยมีผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติถึงร้อยละ 25.82 และปฏิบัติประจำเพียงร้อยละ 51.17 ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นได้ แม้ส่วนใหญ่จะปฏิบัติ

เป็นประจำ แต่ยังมีประมาณร้อยละ 20 ที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งในการเก็บสารเคมีให้มิดชิดและไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ การแบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากคะแนนที่เป็นไปได้ 15-45 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 90.61) รองลงมาเป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.98)

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ อยู่ในวัยแรงงาน รายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท/เดือน ใช้สารเคมีน้อยกว่า 10 ปี มีความรู้ในการป้องกันตนเองอยู่ในระดับสูง ยกเว้นเรื่องการฉีดพ่นตอนแดดจัดไม่เป็นอันตราย ยังมีความเข้าใจผิดมาก ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และความสามารถในการป้องกันตนเอง แต่ยังมีเชื่อผิดว่าสุขภาพแข็งแรงจะไม่เสี่ยง และยังมีการรับรู้อุปสรรคในการใช้ชุดป้องกัน ส่วนปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพบว่าการมีโรคประจำตัว การรับอิทธิพลจากสื่อ และแรงสนับสนุนจากครอบครัว/ชุมชน เป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญให้ป้องกันตนเองมากขึ้น แต่ยังมีบางส่วนที่ขาดแรงกระตุ้นเหล่านี้

ในขณะที่พฤติกรรมการป้องกันตนเอง: ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะก่อนและระหว่างฉีดพ่น แต่ยังมีบางส่วนที่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอในการอ่านฉลาก เตรียม/ใส่อุปกรณ์ป้องกัน งดกินอาหาร/สูบบุหรี่ขณะฉีดพ่น ติดป้ายเตือนหลังฉีด เก็บสารเคมีให้มิดชิด และไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

จากผลการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดในบ้านกระแจะ ตำบลกระแจะ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในครั้งนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจที่ผู้วิจัยจะนำมาอภิปรายผล ดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากข้อมูลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันตนเองอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 99.08 ยกเว้นเรื่องการฉีดพ่นตอน

แดดจัดไม่เป็นอันตราย ยังมีความเข้าใจผิดถึงร้อยละ 49.76 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากสารเคมีในภาพรวมเป็นอย่างดี ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกษตรตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงการเข้ารับการอบรม การรับรู้จากสื่อต่างๆ เช่น โทรศัพท์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสัมผัสสารเคมีและวิธีการป้องกันอย่างถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีความเข้าใจผิดในประเด็นที่ว่า การฉีดพ่นตอนแดดจัดไม่เป็นอันตรายค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิดและอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากสารเคมีได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มเติมในประเด็นนี้ เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ให้เกษตรกรตระหนักถึงอันตรายและป้องกันตนเองได้ถูกต้อง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ ณัฐธยา วิไลวรรณ⁷ ที่พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 70.13 และ กวิศทรรินทร์ คณะพันธ์ และกาญจนา แซ่อึ้ง⁸ ที่พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง

2) ความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหากมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการเกิดโรคจะส่งผลร้ายแรง แต่หากปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันจะเกิดประโยชน์ โดยประโยชน์จะมากกว่าอุปสรรค และสามารถป้องกันตนเองได้⁹ ทำให้เกษตรกรส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารเคมีได้ดี

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยา วิไลวรรณ⁷ ที่พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีอยู่ในระดับดี และกวิสธารินทร์ คณะพันธ์ และกาญจนา แซ่อึ้ง⁸ ที่พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันตัวเองจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในนาข้าวอยู่ในระดับสูง ซึ่งถือเป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ดี ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาปัจจัยกระตุ้นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเอกพล กาละดี และเจตนิพัทธ์ สมมาตย์⁹ ที่พบว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับพฤติกรรมป้องกันสารเคมีของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของ นุกูล หนูสุข¹⁰ ที่พบว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันตนเองจากสารเคมี จะมีพฤติกรรมป้องกันตนเองสูงขึ้น แสดงให้เห็นความสำคัญของกระบวนการกระตุ้นเตือนจากปัจจัยภายนอก

3) พฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะในช่วงก่อนและระหว่างฉีดพ่น เช่น อ่านฉลากก่อนใช้ ตรวจสอบและเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน งดกินอาหาร/สูบบุหรี่ขณะฉีดพ่น ล้างมือทันทีหลังเติมสารเคมี เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญ และปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองในขั้นตอนที่สำคัญได้เป็นอย่างดี

ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่เกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และมีปัจจัยกระตุ้นที่เอื้อต่อการป้องกันตนเองในระดับที่ดี ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาดา ช้องแก้ว⁴ ที่พบว่าเกษตรกรปลูกข้าวโพดส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับดี และกวิสธารินทร์ คณะพันธ์ และกาญจนา แซ่อึ้ง⁸ ที่พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตัวเองจาก

การสัมผัสสารเคมีในระดับสูง ซึ่งมีแนวโน้มสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ก็ยังพบว่าเกษตรกรบางส่วนที่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองยังไม่เพียงพอ เช่น ร้อยละ 11-21 ปฏิบัติเป็นบางครั้งในการอ่านฉลาก เตรียมและใส่อุปกรณ์ป้องกัน ร้อยละ 11.73 ไม่เคยปฏิบัติกรงดกินอาหาร/สูบบุหรี่ขณะฉีดพ่นเลย ภายหลังการฉีดพ่นก็พบว่า เกษตรกรยังมีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอในการอาบน้ำ แยกซักเสื้อผ้า เก็บสารเคมี รวมถึงไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ และที่พบมากที่สุดคือร้อยละ 25.82 ไม่เคยปฏิบัติในการติดป้ายเตือนหลังการฉีดพ่นเลย ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นที่เข้าไปในบริเวณนั้นได้

สาเหตุที่เกษตรกรบางส่วนมีพฤติกรรมการป้องกันยังไม่เหมาะสม อาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจ มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น คิดว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงจึงไม่เสี่ยง หรือมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันตนเองสูง เช่น คิดว่าการใส่ชุดป้องกันทำให้ไม่สะดวก งานล่าช้า หรือมีราคาแพง จึงไม่ปฏิบัติ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกษตรกรบางส่วนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองยังไม่ดีเท่าที่ควร

ดังนั้น แม้ในภาพรวมเกษตรกรส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับดี แต่ก็ไม่ควรละเลยกลุ่มเกษตรกรบางส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ควรมีการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ปรับเปลี่ยนความเชื่อ เพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ส่งเสริมให้เห็นประโยชน์ของการป้องกัน พร้อมทั้งลดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันตนเอง เช่น ช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันที่ใช้งานสะดวกในราคาเหมาะสม การออกแบบและปรับปรุงอุปกรณ์ป้องกันให้มีความเหมาะสมกับสภาพการทำงาน เพื่อลดการรับรู้ต่ออุปสรรคในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน เป็นต้น

นอกจากนั้นควรเน้นย้ำพฤติกรรมการป้องกันที่พบว่ายังมีการปฏิบัติไม่เพียงพอในกลุ่มเกษตรกรบางส่วน เช่น การใช้สื่อบริการเพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ ทั้งในการอ่านฉลาก การใส่ชุดป้องกัน การไม่กินอาหารหรือสูบบุหรี่

ขณะฉีดพ่น และที่สำคัญคือพฤติกรรมกาการติดป้ายเตือนหลังฉีดพ่น เพื่อป้องกันการสัมผัสของผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้เกษตรกรมีพฤติกรรมกาการป้องกันตัวเองและผู้อื่นจากอันตรายของสารเคมีอย่างรัดกุมยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่เกษตรกรอย่างต่อเนื่อง ในประเด็นที่ยังพบว่ามีคามเข้าใจคลาดเคลื่อน เช่น การใช้สารเคมีในช่วงแดดจัดไม่เป็นอันตราย ผู้ที่สุขภาพแข็งแรงจะไม่ได้รับผลกระทบจากสารเคมี เป็นต้น เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง

2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับเกษตรกรตำบลควรหาวิธีกาการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ถูกต้อง สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันที่มีคุณภาพและราคาเหมาะสม รวมถึงประสานงานกับผู้นำชุมชนและครอบครัวเกษตรกร ในการช่วยกาการดูแลให้เกษตรกรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอย่างเคร่งครัดทุกครั้งที่ใช้สารเคมี

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดบริการเชิงรุกในการคัดกรอง ตรวจเลือด และเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของเกษตรกรที่สัมผัสสารเคมีเป็นประจำ หากพบความผิดปกติต้องให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและพาไปพบแพทย์เพื่อรับการการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

4) ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เกี่ยวกับมุมมอง ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยมของเกษตรกร ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกาการใช้สารเคมีและพฤติกรรมป้องกันตนเอง เช่น การรับรู้ต่อความเสี่ยง การรับรู้ต่อความรุนแรงของผลกระทบ ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงของตนเอง เป็นต้น เพื่อให้เข้าใจมุมมองที่มาของพฤติกรรมได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้นำในตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย รวมทั้งเกษตรกร ผู้ปลูกโพดที่ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งชาติดมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ข้าวโพด : การปลูกข้าวโพด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.3rdi.ku.ac.th/?p=8646>
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.service.moph.go.th/hdc/index.php>
3. Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 189-193.
4. สุชาติดา ข้องแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกาการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดในอำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5157/3/60062947.pdf>
5. กรมวิชาการเกษตร. ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.doa.go.th/th/#>
6. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 11th ed. New York: John Wiley & Sons; 2018.
7. ญัฐยา วิลาวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร อำเภอมืองจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 6 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5157/3/60062947.pdf>
8. กวิศกรารินทร์ คณะพันธ์ และกาญจนา แซ่อึ้ง. ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมกาการป้องกันตัวเองจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในนาข้าวของเกษตรกรตำบลหนองแก้ว อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5157/3/60062947.pdf>

9. เอกพล กาละดี และเจตนิพิฐ สมมาตย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้และการป้องกันสารเคมีของผู้ประกอบอาชีพไร่อ้อย: กรณีศึกษากำแพงแสนโค ตำบลหนองหอย อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5157/3/60062947.pdf>
10. นกุล หนูสุข. ผลของโปรแกรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ลำปาง: วิทยาลัยการศึกษาด้านการเกษตร; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5157/3/60062947.pdf>

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
Nursing care for patients with septic shock: a comparative case study of two patients.
(Received: September 19,2024 ; Revised: September 23,2024 ; Accepted: September 24,2024)

อุบล ตรังเมธีวัฒน์¹
Ubon Trangmethiwat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 มีสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 เกิดจากการติดเชื้อ Leptospirosis with septic shock กรณีศึกษาที่ 2 เกิดจาก Pneumonia with ARF with ARDS with sepsis with septic shock ต้องได้รับการกำจัดแหล่งติดเชื้อ โดยการให้ยาฆ่าเชื้อ ทั้ง 2 กรณีศึกษา มีอาการแสดงภาวะช็อกตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน รายแรกได้รับการรักษา Fluid Resuscitation และ Nor – epinephrine มาจากโรงพยาบาลชุมชน รายที่ 2 ได้รับการรักษา Fluid Resuscitation มาจากโรงพยาบาลชุมชน และได้รับยา Nor – epinephrine ในโรงพยาบาลศูนย์ต่ง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ เปิดเส้นเลือดดำใหญ่ที่คอ (Central line Insertion) เพื่อให้ยาและสารน้ำ ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน(Gordon) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายที่แตกต่างกัน คือ 1) เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศลดลงจากการติดเชื้อที่ปอด 2)มีภาวะของเสียคั่งจากภาวะไตสูญเสียหน้าที่ 3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ 4) ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ 5) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต อาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน รายที่ 1 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ อีก 2 สัปดาห์ นัดมาติดตามอาการ ผู้ป่วยรายที่ 2 แพทย์ส่งตัวกลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรอการ Recovery ของปอด

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study was a comparative case study of 2 patients with septic shock. The 2 cases had different causes of septic shock. Case 1 was caused by Leptospirosis with septic shock. Case 2 was caused by Pneumonia with ARF with ARDS with sepsis with septic shock. The source of infection had to be eliminated by giving antibiotics. Both cases showed shock since the community hospital. The first case received Fluid Resuscitation and Nor-epinephrine from the community hospital. The second case received Fluid Resuscitation from the community hospital and received Nor-epinephrine at Trang Hospital.

The results of the study found that both patients were treated by intubation, opening a large vein in the neck (Central line Insertion) to give medicine and fluid, and giving drugs to stimulate blood pressure. In terms of nursing, both patients received Gordon's health assessment. The nursing diagnoses of both patients were different: 1) Body cells did not receive enough oxygen due to reduced gas exchange and ventilation efficiency from lung infection, 2) There was a condition of waste accumulation from kidney failure, 3) There was high blood sugar due to inability to control blood sugar, 4) The patient was at risk of easy bleeding due to low platelets, 5) There was low blood potassium. The problems and needs of each patient and family were resolved

¹ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลต่ง

until the patient was out of critical stage, the symptoms improved, and they were safe from complications. For the first patient, the doctor allowed him to go home. In 2 weeks, he was scheduled to come back for a follow-up. For the second patient, the doctor sent him back to the community hospital for further treatment to wait for lung recovery.

Keywords: Nursing care for patients with septic shock

บทนำ

ปัจจุบันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือ Sepsis เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทยและอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือ Sepsis มากยิ่งขึ้น คือ มียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยี ด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง โดยประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี โดยอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในปี 2562-2564 เท่ากับ 32.92, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร พบอัตราตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร¹ ซึ่งภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เกิดจากผู้ป่วยติดเชื้อที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายจากนั้นเชื้อโรคซึมเข้าสู่กระแสเลือดอาจอักเสบทั่วร่างกาย อาการเบื้องต้น รู้สึกหนาว มือและเท้าเย็น ไข้ขึ้นสูง บางรายอาการอาจค่อยๆ เป็นหนักขึ้น หายใจเร็วขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว หากไม่ได้รับการรักษาทันทีจะปรากฏอาการรุนแรง เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะไม่เพียงพอ นำไปสู่ภาวะช็อก (Septic Shock) การลำเลียงออกซิเจนไปยังอวัยวะที่สำคัญของร่างกายไม่เพียงพอ การทำงานของอวัยวะส่วนนั้นจะล้มเหลวและทำให้เกิดหลายระบบในร่างกายทำงานล้มเหลว (Multiple Organ Failure) และเสียชีวิตได้ในที่สุด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องได้รับ

การวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วและได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม การติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด²

หลักการสำคัญในการรักษาภาวะ severe sepsis/septic shock มี 3 ประการ ประกอบด้วย 1) การควบคุมและกำจัดแหล่งติดเชื้อ 2) การรักษาพลศาสตร์การไหลเวียน (Hemodynamic support) โดย 2.1) Adequate tissue perfusion ภายใน 6 ชั่วโมง (Early goal directed therapy) ดังนี้ 1) การรักษาระบบไหลเวียนให้มีความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Pressure : CVP) อยู่ระหว่าง 8-12 cmH₂O 2) การรักษาระบบไหลเวียนให้มีความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure :MAP) ≥ 65 mmHg 3) ปัสสาวะ ≥ 0.5 มิลลิลิตรต่อ กิโลกรัมต่อชั่วโมงและ 4) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Saturated central venous Oxygenation: ScvO₂) ≥ 70 % หรือมีความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (O₂ Saturation) ≥ 95% 2.2) Adequate volume ผู้ป่วย septic shock ควรได้รับสารน้ำอย่างรวดเร็วในช่วงแรกของการรักษา 2.3) Acceptable BP เมื่อผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอแล้ว ให้ทำการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยระดับความดันโลหิตเฉลี่ย(mean arterial pressure: MAP) มีค่า ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท 2.4) Adequate tissue perfusion เป้าหมายของการรักษาภาวะ septic shock คือ การพยายามทำให้ระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้รับเลือด ซึ่งจะนำสารอาหารและออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อและเซลล์ได้อย่างเพียงพอ 2.5) Goal achieved and frequent assessment

เมื่อทำการรักษาจนได้ adequate tissue perfusion แล้วให้คงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่อง และคอยติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยเป็นระยะโดยเฉพาะในช่วง 1 ถึง 3 ชั่วโมงแรกหลัง goal achieved 3) การรักษา ประคับประคองที่ล้มเหลว (Organ and metabolic support) 3.1) ระบบทางเดินหายใจเพื่อปรับสมดุลกรดต่างในเลือด 3.2) ระบบการทำงานของไต เมื่อเกิดภาวะช็อกร่างกายจะมีการปรับตัวทำให้เกิด splanchnic Vasoconstriction ปริมาณเลือดไปเลี้ยงวัยะภายในช่องท้องและไตลดลงใช้เวลานานกว่าที่ใดจะกลับมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3.3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้รักษาระดับน้ำตาลในเลือดไว้ประมาณ 80 - 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทั้งนี้แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤต ทีมแพทย์พยาบาลและทีมสหวิชาชีพต้องเข้าใจในบทบาทของตนในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤติ รวมถึงให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม³ จากข้อมูลมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีภาวะช็อกมารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง ปี 2564 – 2566 มีจำนวน 707 ราย, 869 ราย และ 926 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ภาวะช็อกจากภาวะปอดอักเสบ จำนวน 270 ราย, 463 ราย และ 429 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ภาวะช็อกจากโรคฉี่หนูจำนวน 60 ราย, 82 ราย และ 88 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลตรัง ปี 2564-2566 มีจำนวน 105 ราย, 149 ราย และ 166 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ภาวะช็อกจากภาวะปอดอักเสบจำนวน 30 ราย, 47 ราย และ 42 ราย ตามลำดับเป็นผู้ป่วยที่ภาวะช็อกจากโรคฉี่หนูจำนวน 9 ราย, 23 ราย และ

29 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด จำนวน 80 ราย, 72 ราย และ 56 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 76.19, 48.32, 33.73 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต¹

ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 2 ราย มาเปรียบเทียบ เรียนรู้ โดยใช้กรอบแนวคิดของกอร์ดอนในการประเมินผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาใช้ปรับปรุงกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ให้มีประสิทธิภาพและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษากลไกการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา ความรุนแรงของโรคและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถประคับประคองอวัยวะสำคัญต่างๆที่ล้มเหลว
3. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก ที่เข้ามาได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลตรัง 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาและการประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ปรึกษาพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วย
ติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก รวมถึงขอ
คำปรึกษาชี้แนะจากอายุรแพทย์ เพื่อใช้เป็นข้อมูล
ในการดูแลผู้ป่วย

5. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำมาวางแผน ให้
การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยมุ่งเน้น
การดูแล แบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้าน
ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่
วางไว้และประเมินผลการพยาบาล

7 สรุปผลการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่
ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว

8.นำข้อมูลที่ได้มาเรียบเรียง เพื่อจัดทำ
รายงานการดูแลผู้ป่วย

9. เผยแพร่ผลงานวิชาการ

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
การวินิจฉัย Leptospirosis with septic shock เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ประวัติ ทำงานในสวนปาล์ม มีไข้ น้ำขัง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวด เมื่อยกล้ามเนื้อโดยเฉพาะบริเวณน่องและขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อยมาก รับประทานอาหารได้น้อย ไอเล็กน้อย มีปวดแน่นท้อง ท้องโต เล็กน้อย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีไข้ 38.8 องศา เซลเซียส ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำ 80/40 mmHg แพทย์ให้การรักษามาแนวทาง Sepsis 6 Bundle ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,800 มิลลิลิตรในเวลา 30 นาที หลัง load ได้ทำ U/S IVC =collapse 23% ให้ 0.9%NSS ต่อในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อ ชั่วโมง ระดับความดันยังต่ำ 87/52 mm.Hg. ได้รับยา Norepinephrine (4:250) มีการ Early Antibiotic ได้รับยา ปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm.stat ภายใน 1 ชั่วโมง โดยส่งเลือด เพาะเชื้อ 2 ขวดก่อนได้รับยา ได้รับยา Doxycycline 1x2 oral pc,NPO ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ มีปัสสาวะคาวาย แพทย์ วินิจฉัย มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส ส่งตรวจ Leptospirosis:IgM Positive ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลตรัง มีภาวะหายใจล้มเหลว อัตราการ หายใจ 38 ครั้งต่อนาทีร่วมกับมีภาวะ Subcostal Retraction ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ระดับความดันโลหิตต่ำ ไม่ตอบสนองต่อ ยากระตุ้นความดัน ได้รับการให้สเตียรอยด์(Hydrocortisone 100 mg. stat) ตรวจค่า serum lactate 5.5 mmol. /L เข้ารักษาใน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ปรับยา Norepinephrine (4:250) IV drip อัตรา 30 mL/hr ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง ประเมินระดับ CVP 11 mmHg ได้รับการ load 0.9%NSS 300 mL.ประเมิน CVP หลัง Load 18 mmHg มีการ ปรับความเข้มข้นของยา Norepinephrine (8:100) IV drip เริ่มที่ 10 mL/hr. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ติดตามอาการอย่าง ใกล้ชิด ปรับเพิ่ม Norepinephrine (8:100) IV drip 24 mL/hr	การวินิจฉัย Pneumonia with ARF with ARDS with sepsis with septic shock เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 76 ปี มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อาการสำคัญและอาการแสดง 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอมีเสมหะ อ่อนเพลีย รับประทานอาหาร ได้น้อย หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน มีไข้สูง และมีภาวะความดันโลหิตต่ำ แพทย์ให้ การรักษาตามแนวทาง Sepsis 6 Bundle มีการ Early Detect Sepsis ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 2,000 มิลลิลิตร ในเวลา 1 ชั่วโมง และให้ต่อในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ความดันโลหิตปกติ แพทย์วินิจฉัยโรคปอดอักเสบ วันต่อมา หลังจากรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ มีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น ค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ลักษณะเสมหะ เป็นฟองสีชมพู (pink frothy sputum) ผลเอกซเรย์ปอดพบว่า ปอดอักเสบติดเชื้อและสงสัยมีน้ำท่วมปอดร่วม มีการEarly Antibiotic ได้รับยา CeftriaXone 2 gm.stat ภายใน 1 ชั่วโมง และให้ Azithromycin(250) 2 เม็ด มีการ ส่งเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวดก่อนได้รับยา ได้รับการใส่สายสวน ปัสสาวะ และ Early Resuscitation ให้สารน้ำ 0.9% NSS อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ,NPO ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ตรัง ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ตรัง ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย ประเมินเสียงปอดพบว่ามีเสียง Creptitation ปรับ ลดอัตราไหลของสารน้ำ 0.9% NSS 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ ได้รับยานอนหลับ Fentanyl ต่อมา มีภาวะความดันโลหิตต่ำ ได้รับ ยา Norepinephrine (4:250) IV drip อัตรา 10 mL/hr. เข้ารับ การรักษาหอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ Lab ที่ผิดปกติ คือ CBC มี WBC 16,900 cell/mm3, Neutrophil 95.4 cell/mm3, eGFR 24.42 mL/minute,Potassium 3.3 mmol/L. มีไข้สูงต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะ

ตารางที่ 1 สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประเมินชีพ BP อยู่ระหว่าง 102/67 - 137/85 mmHg ,PR 88-92 ครั้ง/ นาที, RR 22-24 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจและให้ยากล่อมประสาท(Fentanyl) ร่วม และส่งตรวจ Lab , DTX 101 mg/dl Lab ที่ผิดปกติ คือ CBC มี WBC 12,300 cell/mm3 ,Neutrophil 88 cell/mm3, PLT 41,000 cell/mm3 , eGFR 24.42 mL/minute, BUN 54 mg/dl, Cr 2.79 mg/dl, CO2 14 mmol/L , Blood Lactate 4.4 mmol/L หลังรับไว้ใน ICU 24 ชั่วโมงแรกหยุดยา Fentanyl ได้ ผู้ป่วยรู้สึกตัว หยุดยากระตุ้นความดันได้ 4 ชั่วโมงต่อมาความดันต่ำซ้ำ ติดตามภาวะช็อกอย่างใกล้ชิด ให้ Norepinephrine (4: 100) IV drip เริ่ม 10 mL/hr. ปรับ rate ถึง 30 mL/hr. Keep BP $\geq$90/60mmHg /MAP $\geq$65 mmHg ไม่มี ภาวะHypo-Hyperglycemia ผล DTX อยู่ระหว่าง 101 - 178 mg/dl ประเมิน ติดตามอาการทุก 1 - 2 ชั่วโมง ดูแลการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา Record I/O ใน 2 วันต่อมาปริมาณน้ำเข้าและออกเริ่มสมดุลกัน ติดตาม ประเมินจนผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกหยุดยากระตุ้นความดันได้ในวันที่ 3 ของการนอนรักษา ได้รับการดูแล รักษาพยาบาล ประคับประคองอวัยวะต่างๆ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะตับอักเสบ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่มีเลือดออกในปอดร่วม จนผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตอย่างปลอดภัย หลังรับการรักษา 7 วัน ค่าการทำงานของไตดีขึ้น(ปัสสาวะออกดี)ค่า BUN 16 mg/dl, Cr 0.88 mg/dl, eGFR 96.70 mL/minute ไม่ต้องทำการล้างไต ได้รับยาปฏิชีวนะจนครบ 7 วัน ไม่มีภาวะติดเชื้อซ้ำ lab CBC ค่า WBC 9,000 cell/mm3 ,Neutrophil 85 cell/mm3, PLT 59,000 cell/mm3 หายาเครื่องช่วยหายใจได้ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ รวมระยะเวลา ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 5 วัน รวมระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 5 วัน แพทย์ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ 3 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย RR 22 ครั้ง/นาที O2 saturation 97% และวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล เพื่อไม่กลับมาป่วยซ้ำ ด้วยโรคนี้ใหม่อีก ผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เอง จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลานอนในโรงพยาบาล 8 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ อีก 2 สัปดาห์ นัดมาติดตามอาการ	ซื้อจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ปรับยาปฏิชีวนะจาก Ceftriaxone เป็น Meropenem แพทย์พิจารณาย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสามัญเข้าดูแลรักษาต่อในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ประเมิน CVP 11 cm.H2O ปรับเพิ่มอัตราเร็วของยากระตุ้นความดัน (ความเข้มข้นของยากระตุ้นความดันคงเดิม) ได้รับยา สเตียรอยด์(Hydrocortisone) ร่วม ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ผลเอกซเรย์ปอดพบ ARDS มีการปรับการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจโดยปรับความดันบวกหลังสิ้นสุดการหายใจออกสูงขึ้นจาก 5 เป็น 10 cm.H2O มีการปรับเพิ่มปริมาณยากล่อมประสาท(Dormicum, Fentanyl Nimbox)เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator High PEEP) มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 223-337 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการฉีดยาอินซูลินตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด ตามที่แพทย์กำหนด ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาพยาบาลจนผ่านพ้นระยะวิกฤต อาการดีขึ้นตามลำดับ ปลอดภัยจากภาวะช็อกหยุดยากระตุ้นความดันได้ ในวันที่ 3 ของการนอนรักษา ค่าการทำงานของไตปกติ ผล serum Potassium 4.0 mmol/L. ไม่มีอาการแสดงของ ภาวะHypo-Hyperglycemia ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 93-114 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ได้รับยากล่อมประสาท 4 วัน สามารถ หายาเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ รวมระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 7 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28-30 ครั้งต่อนาที O2 saturation 81% ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศ อัตราการไหลสูง(HHFN) รวมระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 6 วัน ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ 3 วัน รวมระยะเวลานอนในโรงพยาบาล 9 วัน ได้รับยาปฏิชีวนะจนครบ 7 วัน ไม่มีภาวะติดเชื้อซ้ำ ช่วงเข้าวันจำหน่าย ค่า O2 saturation Room Air 71% ได้รับใช้O2 Nasal cannula 3 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 24-28 ครั้งต่อนาที ค่า O2 saturation 97 % วางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้และเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบอีก แพทย์ส่งตัวกลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	ชายไทย อายุ 55 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ประวัติทำงานในสวนปาล์ม มีลุยน้ำขัง มี	ชายไทย อายุ 76 ปี มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ซึ่งเป็นอาการแสดง ที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อ

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	ไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณน่องและขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อยมาก รับประทานอาหารได้น้อย ไอเล็กน้อย มีปวดแน่นท้อง ท้องโตเล็กน้อย จึงมาโรงพยาบาล	เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ดื่มสุราทุกวัน มีไข้ ไอมีเสมหะ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ จึงมาโรงพยาบาล	การติดเชื้อ แต่มีประวัติที่เป็นสาเหตุเสี่ยงในการติดเชื้อที่ต่างกัน รายที่ 1 มีประวัติเสี่ยง ลุยน้ำขัง รายที่ 2 มีประวัติเสี่ยง ไอ หายใจเหนื่อย
2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง	ที่โรงพยาบาลชุมชน BT 38.8 C BP 80/40 mmHg PR 92 /min RR 24 /min วินิจฉัย Severe leptospirosis with septic shock	โรงพยาบาลชุมชน BT 39.1 C BP 106/55 mmHg PR 98 /min RR 28 /min O2 saturation วิ นิจ ฉัย Pneumonia with Acute Respiratory Failure	ผู้ป่วยรายที่ 1 วินิจฉัย severe leptospirosis จากอาการ ประวัติเสี่ยงลุยน้ำอยู่ในพื้นที่ระบาด ผู้ป่วยรายที่ 2 วินิจฉัย Pneumonia with Acute Respiratory ผู้ป่วยรายที่ 1 พบว่ามีภาวะ septic shock ตั้งแต่แรก เข้ารับการรักษา รายที่ 2 มีภาวะ septic shock หลังส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ต้ง พบอวัยวะล้มเหลวจากการติดเชื้อต่างกัน รายที่ 1 มีความรุนแรงกว่า
3.การรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	-Load 0.9%NSS 1,800 มิลลิตรในเวลา 30 นาที หลัง load ได้ทำU/S IVC collapse 23% ให้ 0.9%NSS ต่อในอัตรา 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง ระดับความดันยังต่ำ ได้รับยา Levophed (4:250) IV drip 10 mL/hr. titrate ครั้งละ 5 ml q 15 นาที keep MAP 65 mmHg Hydrocortisone 100 mg IV stat then 50 mg.IV q 6 hr -Ceftriaxone 2 gm.IV -Doxycyclin(100) 1x2 pc	- Load 0.9%NSS 2,000 mL. ในเวลา 1 ชั่วโมงและให้ต่อในอัตรา 120 มิลลิตรต่อชั่วโมง Levophed (4:250) IV drip 10 mL/hr titrate ครั้งละ 5 ml q 15 นาที keep MAP ≥65 mmHg-Hydrocortisone 100 mg IV stat then 50 mg.IV q 6 hr - Ceftriaxone 2 gm IV OD -Azithromycin (250) 2 เม็ดวันละ 1 ครั้ง และปรับเป็น Azithromycin (500) IV OD x 5day	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ volume resuscitation ตาม sepsis guideline 2021 แนวทางของ sepsis guideline 2021เมื่อได้สารน้ำครบผู้ป่วยรายที่ 1 ได้ประเมิน volume status โดยทำUltrasound IVC รายที่ 2 ไม่ได้ประเมิน และผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ยากระตุ้นความดันโลหิตคือ Levophed ได้ corticosteroid คือ Hydrocortisone ได้การติดตามระดับ serum lactate เพื่อประเมินซ้ำ ได้ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย ตามsepsis guideline 2021
4.ปัญหา และ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1) มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะหย่า	1) มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยน	ผู้ป่วยทั้งสองรายที่เป็นปัญหาค้นคลึงกัน ได้แก่ 1) มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะหย่าเครื่องช่วย

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	เครื่องช่วยหายใจและหลังถอดท่อช่วยหายใจ 3) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 4) มีภาวะไตวายเฉียบพลัน 5) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ 6) มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มจากการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย 7) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต 8) พร้อมกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 9) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	ก๊าซและการระบายอากาศลดลงจากการติดเชื้อที่ปอด 3) มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจและหลังถอดท่อช่วยหายใจ 4) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ 5) มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย 6) มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มจากการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย 7) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต 7) พร้อมกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	หายใจและหลังถอดท่อช่วยหายใจ 3) มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย 4) มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มจากการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต 6) พร้อมกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 7) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายที่แตกต่าง คือ 1) เซลล์ร่างกายได้รับ
4.ปัญหา และ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ตามหลัก D-METHOD	8) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-METHOD	ออกซิเจนไม่เพียงพอจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศลดลงจากการติดเชื้อที่ปอด 2) มีภาวะไตวายเฉียบพลัน 3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ 4) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ 5) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ตาราง 3 เปรียบเทียบกรณีศึกษา : การปฏิบัติตาม Sepsis guideline การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT)

หัวข้อ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การปฏิบัติตาม Sepsis/ Septic shock guideline		
1.1 การชักประวัติอาการ SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป + Infection	1.1 มี SIRS 3 ข้อ T38.8 °C, PR 96 ครั้ง/นาที, RR 24 ครั้ง/นาที, BP 80/40 mmHg WBC 11,330 celU/mm3, มี Hx.	1.1 มี SIRS 3 ข้อ T 39.1 °C, PR 98 ครั้ง/นาที, RR 28 ครั้ง/ นาที, O2 saturation 88 % BP 106/55 mmHg MAP 55

ตาราง 3 เปรียบเทียบกรณีศึกษา : การปฏิบัติตาม Sepsis guideline การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT)

หัวข้อ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	Infection มีไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ประวัติ ลุยน้ำซัง - Blood Lactate 5.5 mmol/L	mmHg. มี Hx. Infection (ไข้ ไอ หายใจ เหนื่อย) หายใจมี retraction Crepitation both lung ผล CXR Reticular infiltration both lung
1.2 การเจาะ H/C ใน 30 นาที หลัง Dx. Sepsis	1.2 เจาะ H/C แกร่งรับ Dx. Severe leptospirosis with septic shock	1.2 เจาะ H/C แกร่งรับ Dx. Pneumonia with Acute Respiratory Failure
1.3 การให้ ATB ใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis	1.3 ให้ Ceftriaxone 2 gm.IV -Doxycycline(100) 1x2 pc ภายในเวลาใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis	1.3 ให้ Ceftriaxone 2 gm.IV stat และให้ Azithromycin(250) 2 เม็ด ภายใน เวลา ใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis
1.4 การให้ 0.9% NSS IV loadหรือ LRS อัตราเร็ว 500-1,000 ml ในเวลา 15 – 60 นาที (อย่างน้อย 30 ml/Kg. ภายใน 1-3 ชม.) แล้วแต่สภาพของผู้ป่วย และ โรคทาง ระบบหัวใจ หรือ ไหลเวียนเลือดที่มีอยู่เดิม	1.4 Load 0.9%NSS 1,800 มิลลิลิตรใน เวลา 30 นาที หลัง load ได้ทำU/S IVC collapse 23% ให้ 0.9%NSS ต่อในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ระดับความดันยังต่ำ	1.4 Load 0.9%NSS 2,000 ml. ในเวลา 1 ชั่วโมงและให้ต่อในอัตรา 120 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง
1.5 การให้ Vasopressor Therapy	1.5 ให้ Norepinephrine (4:250) IV drip เริ่ม 10 ml/hr. ปรับ rate ถึง 30 ml/hr.	ให้ Norepinephrine (4:250) IV drip เริ่ม 10 ml/hr.
2. การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม. แรก (EGDT)		
2.1 การได้รับ ATB	2.1 ให้ Ceftriaxone 2 gm. IV -Doxycycline (100) 1x2 pc ภายในเวลาใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis	2.1 ให้ Ceftriaxone 2 gm.IV stat และให้ Azithromycin(250) 2 เม็ด ภายในเวลา 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis
2.2 BP $\geq$ 90/60 mmHg หรือ MAP $\geq$ 65 mmHg	2.2 BP 72/48 mmHg หรือ MAP 56 mmHg	2.2 BP 100/50 mmHg หรือ MAP 50 mmHg
2.3 CVP อยู่ระหว่าง 8-12 cmH ₂ O	2.3 ได้รับการใส่สาย Central line CVP อยู่ระหว่าง 11-13 cmH ₂ O	2.3 ได้รับการใส่สาย Central line CVP อยู่ระหว่าง 11-15 cmH ₂ O
2.4 O ₂ Saturation $\geq$ 95%	2.4 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ O ₂ Saturation 99 %	2.4 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ O ₂ Saturation 95 %
2.5 urine > 0.5 ml/kg/hr.	2.5 Retained Foley's cath. Urine output 200 ml	2.5 Retained Foley's cath. Urine output 300 ml

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชาย มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ ได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ได้แก่ การล้มเหลวของระบบหายใจและการล้มเหลวของระบบไหลเวียน (Respiratory failure and Circulatory failure) ทำให้ต้องได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับ Vaso pressors drug ระบบไต:มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ระบบเลือด:มีภาวะ

เกล็ดเลือดต่ำ หลังได้รับการ Load สารน้ำได้รับการประเมิน volume status โดยทำ Ultrasound IVC ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการวิเคราะห์วางแผนให้การรักษายาบาลจนผู้ป่วยปลอดภัย ผ่านพ้นระยะวิกฤต อวัยวะที่ล้มเหลวฟื้นตัวดีขึ้น การทำงานของไตดีขึ้น ไม่ต้องทำการล้างไต แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ อีก 2 สัปดาห์ นัดมาติดตามอาการ² ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศชาย สูงอายุ มีโรคประจำตัว:ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด

สูง รับประทานต่อเนื่อง ตื่นสุราทุกวัน ได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีอวัยวะล้มเหลว ได้แก่การล้มเหลวของระบบหายใจและการล้มเหลวของระบบไหลเวียน (Respiratory failure and Circulatory failure) ทำให้ต้องได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับ Vasopressors drug รายที่ 2 หลังได้รับการ Load สารน้ำ ไม่ได้รับการประเมิน volume status ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนผ่านพ้นระยะวิกฤต แต่เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค Severe CAP with ARDS ผล CXR มี Reticular infiltration both lung ผู้ป่วยยังคงมีความต้องการใช้ออกซิเจน แพทย์ส่งตัวกลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรอการ

Recovery ของปอด² ปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บรรลุผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย Sepsis ในระยะ 6 ชั่วโมงแรก คือ สมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลในการปฏิบัติตาม Sepsis guideline ตระหนักถึงความสำคัญของการ Monitor อย่างต่อเนื่อง การใช้ Early Warning Signs รายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม การพยาบาลเพื่อตอบสนองการรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะช่วยชะลอการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ และในด้านการบริหารจัดการ^{4,5,6} ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่อาจจะเกิด Septic shock ควรได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก⁷

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการตรวจราชการ ประจำปี 2562. [อินเทอร์เน็ต].2562. [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2567] สืบค้นจาก<http://dmsic.moph.go.th/index/detail/2779>.
2. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558).แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558, สืบค้น 28 มิถุนายน 2567, จาก <https://www.scribd.com/document/308976515/ร่างแนวทางเวชปฏิบัติ-sepsis-และ-septic-shock-2558>
3. สมใจ จันทะวัง.การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน. Journal of the Phrae Hospital2518; 26(1): 35-46.
4. ทิฏฐิ ศรีวิชัย และวิมล อ่อนแสง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ.วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 9(2): 152-162.
5. มณฑนา จิระกังวานและชลิตา จันทพา.(2015). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe sepsis) ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารกองการพยาบาล.42(3): 9-32.
6. พรทิพย์ แสงสง่า และณนุช เคี่ยมการ (2558). ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างรุนแรงทางคลินิกตามเกณฑ์“Sepsis bundles” ในงานห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาล สงขลา, วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 29(3), 403-410.
7. วิจิตรา กุสุมภ์และอรุณี เสงยศมาก. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากรกค้างติดแน่นและได้รับการผ่าตัดมดลูก
Nursing care of postpartum mothers with hemorrhagic shock due to retained placenta accreta
who have undergone transabdominal hysterectomy
with left salpingo-oophorectomy.

(Received: September 19,2024 ; Revised: September 23,2024 ; Accepted: September 24,2024)

สวิชญา กองสว่าง¹

Sawichaya Kongsawang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากรกค้างติดแน่นและได้รับการผ่าตัดมดลูกตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย กรณีศึกษาคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากรกค้างติดแน่นและได้รับการผ่าตัดมดลูกที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง เดือนมิถุนายน 2565 จำนวน 1 ราย ทำการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากรกค้างติดแน่นและได้รับการผ่าตัดมดลูก พบว่าผู้ป่วยเสี่ยงมีภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากเสียเลือดเป็นจำนวนมาก ปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ครอบครัวมีความวิตกกังวล พยาบาลจำเป็นต้องใช้ความสามารถทางการพยาบาลเข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อแก้ไขให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ โดยการสอน ชี้แนะ และใช้ทักษะการประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะรกค้างและได้รับการผ่าตัดมดลูกเพื่อลดอัตราแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะตกเลือดช็อก, รกค้างติดแน่น, ผ่าตัดมดลูก

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing process for postpartum mothers with hemorrhagic shock due to retained placenta accreta who have undergone a hysterectomy, from admission to discharge. Purposive Selection a case study involving a postpartum mother with hemorrhagic shock due to retained placenta accreta who undergone transabdominal hysterectomy with left salpingo-oophorectomy. The patient admitted in the Obstetrics and Gynecology Ward of Ban Pong Hospital in June 2565. The study gathered data from medical records, patient and family interviews, participant observation, and applied Orem's nursing theory to provide care according to the nursing process.

Results : From the case study of a postpartum mother with hemorrhagic shock due to retained placenta accreta who undergone a hysterectomy, it was found that the patient was at risk of significant blood loss, experienced post-surgical pain, fatigue, and was at risk of surgical site infection. Moreover, the family also showed signs of anxiety. Nurse is required to utilize their nursing skills to provide care and assistance in order to help the patient through the critical phase and regain self-care abilities. This includes teaching, guiding, and applying assessment and nursing care skills to reduce complications and mortality rates.

Keywords: Nursing care, Postpartum hemorrhage, Placenta accreta, Hysterectomy

บทนำ

ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดา
ในระหว่างการคลอดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของ

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง

ประเทศไทย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในมารดา คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายมากภาวะหนึ่งและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดา ภาวะเหล่านี้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้คลอดและครอบครัว ทำให้เกิดความสับสนเปลืองในการรักษาพยาบาลและเป็นภาระของครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ หากสถานบริการสุขภาพสามารถให้การดูแลผู้คลอดได้อย่างมีมาตรฐานจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนต่างๆของมารดาทารกลดลง

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการตาย ของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนาและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดีพบได้ร้อยละ 70, การบาดเจ็บจากการคลอดพบได้ร้อยละ 20, รกเยื่อหุ้มทารกและก้อนเลือดค้างในช่องคลอดพบร้อยละ 10 และจากคามผิดปกติของกระบวนการแข็งตัวของเลือดพบร้อยละ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด⁵ พยาบาลผู้ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และมีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อก

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การตกเลือดหลังการคลอดทารกมีจำนวนปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร เมื่อคลอดทางช่องคลอดหรือปริมาณเลือดจำนวนมากว่า 1,000 มิลลิลิตร เมื่อคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือการเสียเลือดหลังทารกคลอดเกินร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา รวมถึงการที่ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด⁷

จากของโรงพยาบาลบ้านโป่งในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 2.55. 1.70 และ 1.98 ตามลำดับ⁹ การตกหลังคลอดเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตจะทำให้รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เกิดทุพพลภาพ

หรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากรกค้างติดแน่นและผ่าตัดมดลูก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตทั้งของมารดาและครอบครัว พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาและทารกซึ่งประกอบด้วยการประเมินสภาพ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตสังคมของมารดา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน/ขณะ/และหลังการคลอด/ผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และการฟื้นฟูสุขภาพของมารดาหลังคลอดให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด เพื่อให้มารดามีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถปรับตัวกับภาวะเครียดจากภาวะวิกฤตจากการคลอดสามารถดูแลบุตรได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากรกค้างติดแน่นและได้รับการผ่าตัดมดลูกตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

วิธีการดำเนินงาน

คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากรกค้างติดแน่นและได้รับการผ่าตัดมดลูกที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง เดือนมิถุนายน 2565 จำนวน 1 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบฟอร์มการประเมินแผนสุขภาพสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กำหนดข้อวินิจฉัย วางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์^(6,10) การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะหลังคลอดและผ่าตัดมดลูก 48 ชั่วโมงแรก ระยะฟื้นฟูสุขภาพ ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน^{3,4,8}

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงชาวพม่า อายุ 32 ปี สัญชาติพม่า สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา ประเทศพม่า

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : อายุครรภ์ครบกำหนดคลอด แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อเร่งคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : หญิงตั้งครรภ์ที่ 3 ครรภ์แรก ครรภ์สอง คลอดครบกำหนด Last child 11 ปี บุตรคนแรกอายุ 13 ปี คนที่สอง 11 ปี ประวัติการคลอดบุตรครรภ์ที่ผ่านมามีคลอดปกติทางช่องคลอด ทารกแข็งแรงดี ประวัติปัจจุบัน ตั้งครรภ์ 39 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง 10 ครั้ง และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกตอนอายุครรภ์ ๗ สัปดาห์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ปกติ ตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์ครบ

กำหนดคลอด แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อเร่งคลอดในวันที่ 6 มิถุนายน 2565

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่มีประวัติแพ้สารเคมีและอาหาร ปฏิเสธประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่

ประวัติในครอบครัว : ปฏิเสธการเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง

การวินิจฉัยแรกรับ : Normal labour with first degree tear with perineorrhaphy

วินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Postpartum hemorrhage with placenta accreta with uterine atony

ตารางแสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล^{1,4,7,8}

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะหลังคลอดและผ่าตัดมดลูก 48 ชั่วโมงแรก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีโอกาสดังเกิด Hypovolemic shock เนื่องจากร่างกายสูญเสียเลือดออกมากในระยะหลังคลอดและผ่าตัดมดลูก วัตถุประสงค์การพยาบาล มารดาหลังคลอดปลอดภัยจากภาวะช็อก	1. ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด ใจสั่น กระสับกระส่ายมีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก 2. ประเมินสัญญาณชีพพบว่าชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดลงเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งว่าอาจมีการเสียเลือดปริมาณมากเพิ่มขึ้น 3. ให้ออกซิเจนทางสายให้ออกซิเจนหรือทางหน้ากาก 5 ลิตร/นาที 4. กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการช็อกรุนแรง ไม่สามารถหายใจได้ด้วยอุปกรณ์ดังกล่าว รายงานแพทย์เพื่อช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ และดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ 5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดทดแทนตามการรักษาของแพทย์ 6. บันทึกน้ำเข้าและออกจากร่างกาย และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงเพื่อดูการทำงานของไต ปัสสาวะที่ออกมามากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง 7. ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ เพื่อช่วยให้เลือดจากส่วนต่างๆ ของร่างกายกลับเข้าสู่หัวใจได้มากขึ้นเลือดจะได้ไปเลี้ยงสมองและอวัยวะสำคัญต่างๆ ได้ง่าย 8. ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ได้แก่ รูม่านตา ระบบความรู้สึกตัว กำลังของกล้ามเนื้อ การรับรู้ อาการกระสับกระส่าย แขนขาอ่อนแรง 9. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมงจนกว่าคงที่พร้อมสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เพื่อรายงานให้แพทย์ทราบและช่วยเหลือได้ทันทันที 10. ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ตามแผนการรักษา คือ FFP 5 ยูนิต PRC 2 ยูนิต ผ้าระวางอาการข้างเคียง เช่น ผื่นคัน หายใจเหนื่อยแน่นหน้าอก กรณีที่พบภาวะผิดปกติ หยุดให้เลือดและปรึกษาแพทย์ทันที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้ตัวดี ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น สัญญาณชีพอยู่ในช่วง ความดันโลหิต 135/93-200/110 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 84-118 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออก 80-120 ซีซี/ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัดมดลูก วัตถุประสงค์การพยาบาล	1. ถ้าเริ่มมีอาการปวดแผล จัดทำให้อาการปวดบรรเทาด้วยยาแก้ปวดได้เล็กน้อย โดยใช้หมอนหนุนบริเวณหลังและเอวเพื่อช่วยให้อาการปวดบรรเทาโดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด 2. ในกรณีปวดแผลมาก ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า Fowler's position เพื่อลดความตึงของแผลช่วยบรรเทาอาการปวดได้ดี

ตารางแสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล^{1,4,7,8}

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เพื่อให้มารดาหลังคลอดสุขสบาย อาการปวดแผลผ่าตัดทุกเวลา	3. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 3-4 mg IV q 4-6 hr, และถ้ามีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนให้ Plasil 50 mg IV q 6 hr เมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ปรับเปลี่ยนให้ Ibuprofen (200 mg) 2 x 3 oral pc, paracetamol (500) 1 tab oral pm q 4-6 hr พร้อมสังเกตอาการข้างเคียง เช่น สับสนมึนงง ชีพจรเต้นผิดปกติ เจ็บหน้าอก คลื่นไส้อาเจียน ผื่นตามร่างกาย⁽⁵⁾ 4. อธิบายให้ทราบว่าอาการปวดแผลนี้จะทุเลาลงภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อลดความวิตกกังวล 5. ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น บ้วนปาก เช็ดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และดูแลช่วยเปลี่ยนผ้าอนามัย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ปลอดภัยและให้กำลังใจ 6. ดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับ Early Ambulate โดยหลังครบรอบนรก 6 ชั่วโมง ให้พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง วันที่ 2 หลังผ่าตัดให้เริ่มลุกนั่งและเดินเท่าที่จะทำได้เพื่อป้องกันท้องอืด หากมีอาการท้องอืดจะทำให้ปวดแผลมากขึ้น 7. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้คลอดได้พักผ่อน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ปวดแผลผ่าตัดลดลง Pain score = 3 ไม่ต้องการยาฉีดแก้ปวดอีก
ระยะฟื้นฟูสภาพ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดตามลูกทางหน้าท้องเนื่องจากความแข็งแรงของผิวหนังลดลง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางแผลผ่าตัดตามลูกทางหน้าท้อง	1. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัด เช่น แผลบวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งไหลออกมา แผลแยก เลือดออกจากแผลจำนวนมาก มีไข้เพื่อประเมินอาการที่บ่งบอกว่ามีติดเชื้อ 2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Cefazolin 2 gm IV q 6 hr, Augmentin (1 gm) 1x2 po pc หากพบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์⁽⁵⁾ 3. ทำแผลโดยยึดหลัก Aseptic technique และแนะนำดูแลความสะอาดของร่างกาย การป้องกันแผลเปื่อยน้ำ อับชื้น 4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกาย เป็นอาการที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ 5. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสอุปกรณ์บริเวณแผลผ่าตัด ผ้าปิดแผล เพื่อลดการสัมผัสเชื้อโรค 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC โดยเฉพาะ WBC, Neutrophil, Lymphocyte เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ภาวะติดเชื้อในร่างกาย¹ 6. รักษาสภาพแวดล้อมให้แห้งสะอาด อากาศถ่ายเทได้ดี การประเมินผลการพยาบาล แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึมออก บริเวณรอบแผลไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง ร้อน ไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในช่วง ความดันโลหิต 120/80 -150/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 82-114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะช็อกในระยะหลังคลอดเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอดและหลังคลอดชนิดรุนแรง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อก	1. อธิบายให้มารดาหลังคลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะช็อก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักที่จะส่งผลแก่มารดา ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา MgSO₄, และอาการข้างเคียงของการได้รับยา MgSO₄, ซึ่งอาจพบได้ เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว 2. ประเมินอาการนำสู่ภาวะช็อก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บขาโครงขา Deep tendon reflex เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์ 3. ให้ยา Hydralazine 5 mg IV pm q 15 นาที และติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตทุก 5 นาที ถ้าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า หรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท ให้รายงานแพทย์ และปรับให้ยาปรับประตามแผนการรักษา คือ Amlodipine (5 mg) 1 x 1 oral OD pc5 4. ให้ยา 10% Calcium gluconate 20 ml + Nss 100 ml IV drip in 2 hr ถ้าพบมีอาการผิดปกติ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติหวั่นไหวให้หยุดยาทันที5 5. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ อาการปวดศีรษะ ทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์ เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงกว่าเดิม

ตารางแสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล^{1,4,7,8}

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. ตรวจ และบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะ โดยเฉพาะตรวจสอบปริมาณน้ำปัสสาวะทุกชั่วโมง เพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าทำงานผิดปกติจะทำให้มีการคั่งของยาในร่างกาย 7. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง เพื่อให้สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ 8. เตรียมอุปกรณ์ และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น 9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome ประเมินผลการพยาบาล หลังจากได้รับยาลดความดันโลหิต Hydralazine, Amlodipine และ 10% Calcium gluconate ตามแผนการรักษา สัญญาณชีพอยู่ในช่วง ความดันโลหิต 120/80 -150/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 82-114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีอาการน้ำอมน้ำได้แก่ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่กล้ามเนื้อขากระตุก และไม่เกิดภาวะชัก
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 อาจได้รับสารและอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างถูกต้องตามชนิดและเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเริ่มจากการจิบน้ำและตามด้วยอาหารเหลว ถ้าไม่มีอาการท้องอืดจะเป็นอาหารอ่อนและอาหารธรรมดาตามลำดับ 4. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและขับออกจากร่างกายว่าสมดุลกันหรือไม่ 5. สังเกตจำนวนของปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะมีจำนวนน้อยและสีเข้ม อาจแสดงถึงภาวะที่ร่างกายของผู้ป่วยขาดน้ำต้องรายงานแพทย์เพื่อการรักษารับต่อไป 6. ช่วยเหลือการทำกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอ้อม ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารแต่ละชนิดได้โดยไม่มีอาการท้องอืด ปริมาณสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและการขับถ่ายปัสสาวะมีความสมดุลกัน ปัสสาวะสีเหลืองใส ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ริมฝีปากไม่แห้งตึง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูก วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวในหลังผ่าตัดมดลูกได้ถูกต้อง	1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกเพื่อทราบระดับความรู้ ความต้องการ 3. แนะนำและกระตุ้นให้ผู้คลอดพลิกตะแคงตัวและลุกนั่งให้ได้เร็วที่สุด และถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง แนะนำผู้ป่วยลุกยืนและเดินเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้และป้องกันไม่ให้เกิดอาการท้องอืด 4. แนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปื่อยขึ้น ไม่แกะเกาบริเวณแผลผ่าตัด 5. แนะนำการดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และเปลี่ยนผ้าอ้อมเมื่อชุ่ม เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีประสิทธิภาพ แผลผ่าตัดไม่เปื่อยขึ้นหลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความผิดปกติของตนเอง ภาวะตกเลือดหลังคลอดภาวะความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลลงได้	1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยนท่าทางที่เป็นมิตร 2. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลผลการพยาบาล 3. อธิบายให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค สาเหตุ แผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ญาติเข้าใจลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ญาติดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา 5. ประเมินความรู้สึกวิตกกังวลโดยการสังเกตจากพฤติกรรมสีหน้าท่าทาง และจากการซักถามของญาติ

ตารางแสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล^{1,4,7,8}

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดขาดความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพตนเองและทักษะในดูแลบุตร วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	1. การพักผ่อนและการทำงาน ควรนอนพักผ่อนตอนกลางวันประมาณ 1-2 ชั่วโมง ทำงานบ้านเบาๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น ไม่ควรยกของหนักอย่างน้อย 6 สัปดาห์ เนื่องจากเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ เอ็นต่างๆ ยังไม่แข็งแรง 2. อาหารรับประทานที่มีประโยชน์ ปรุงสุกและสะอาด อาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารรสเค็ม ไขมันสูง อาหารหมักดอง น้ำชา กาแฟและน้ำอัดลม 3. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหม เพื่อให้กล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ ในอุ้งเชิงกรานกลับคืนสู่สภาพเดิม 4. รักษาความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำสะอาดแล้วซับให้แห้ง ควรเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อชุ่ม 5. งดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 5 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องจากโพรงมดลูกยังมีแผลอาจทำให้เกิดการติดเชื้ออีกได้ 6. แนะนำการมาตรวจหลังคลอดตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่ ปวดมึนศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยหอบ ไข้ น้ำขาวปลาผิดปกติเป็นสีแดงตลอดไม่จางลง หรือมีกลิ่นเหม็น ต้านมอักเสบ ปัสสาวะแสบขัด 7. อธิบายและสาธิต และให้แผ่นพับ/แฟ้มความรู้ในเรื่องทักษะการดูแลบุตรดังนี้ การเช็ดตา การสระผม การเช็ดตัว การทำความสะอาดสะดือ การไล่ลมหลังให้นมบุตร การเช็ดทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การดูแลผิวหนัง การห่อตัวบุตร การได้รับภูมิคุ้มกัน ในช่วงอายุต่างๆ และการดูแลหลังฉีดวัคซีน 8. ดูแลและแนะนำการให้นมบุตร โดยสอนการจัดท่าในการนอนหงายประยุกต์ โดยการใช้หมอนหนุนที่ศีรษะและข้อเข่ามารดา นำหมอนหนุนทารกให้ทารกตะแคงหน้าเข้าหาเต้านมศีรษะทารกอยู่บนแขนมารดา หรือนั่งท่าฟุตบอล (Football hold) ดังนี้ ท่านั้นบุตรอยู่ในท่ากึ่งตะแคงกึ่งนอนหงายขาชี้ไปทางด้านหลังของมารดา เมื่อมารดาจับที่ต้นคอและท้ายทอยของบุตร กอดบุตรให้กระชับกับสีข้างของมารดา บุตรดูนมจากเต้านมข้างเดียวกับมือที่จับบุตร มืออีกข้างประคองเต้านมไว้ 9. แนะนำการบีบเก็บน้ำนมด้วยการบีบมือ 5 ขั้นตอน การเก็บน้ำนมที่ถูกต้อง การนำน้ำนมที่เก็บไว้ให้ลูกดื่ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถให้บุตรดื่มนมแม่นานถึง 6 เดือน แม้ผู้ป่วยต้องกลับไปทำงาน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถผ่านการประเมินการทวนทักษะ และปฏิบัติทักษะการดูแลบุตรได้ถูกต้อง มีความมั่นใจในตนเอง สามารถอาบน้ำบุตร เช็ดตาและสะดือได้ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถบีบนมด้วยมือ 5 ขั้นตอนได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดช็อกจากกรก้างติดแน่นรายนี้พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁴ เพื่อให้เกิดการดูแลให้มีประสิทธิผลมากที่สุด เป็นการพยาบาลป้องกันภาวะช็อกจากการเสียเลือด การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูก ฟันฟูสภาพร่างกาย ให้ความรู้ ปรับความเข้าใจ ปรับสภาพจิตใจ พร้อมทั้งเสริมพลังเชิงบวกจาก

ครอบครัวผู้ป่วย ชื่นชมผู้ป่วยที่สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นจนก้าวผ่านปัญหาไปได้ ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตสามารถกลับมาดูแลตนเองและบุตรได้ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวรับกับบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาได้ โดยมีสามีและญาติคอยช่วยเหลือ บุตรไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล โดยปัญหาทางการพยาบาลทั้ง 8 ปัญหาได้หมดไปสามารถแก้ไขได้ การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดแม้ไม่สามารถกำจัดออกไปจากหญิงตั้งครรภ์ได้ แต่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงที่มากขึ้น โดยพยาบาลผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีความรู้ เกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิ

สภาพอาการ และอาการแสดง การวินิจฉัย การดูแลรักษา สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และบุตรปลอดภัยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงได้^{2,3,10}

ข้อเสนอแนะ

1. บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลภาวะวิกฤตทางสูติกรรม พยาบาลควรมีทักษะในการประเมินได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง
2. มีการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่ผู้ป่วยกลับไปพักอาศัยเพื่อติดตามปัญหาโดยส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai COC

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติพร กางการ. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดในระยะคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(2):23-35.
2. จิรนุช สมโชค, ศรีญาญ จุฬาริและจันทรีทิรา เจริญชัย. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2563;26(1):231-250.
3. ญัฐวรรดิ จิรายุสวณิชนา. การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมดแบบผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;5(1):110-123.
4. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2560;6(2):146-157.
5. ปราณี ทุไฟเราะ. คู่มือยา Handbook of drugs. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: N P Press Limitef Partnership; 2559.
6. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและระบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 20. สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560.
7. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด : RTCOG Clinical Practice Guideline Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rtcog.or.th/content/viewid/14>
8. รุ่งทิพย์ พลฤกษ์วัน. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด : รายงานผู้ป่วย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2567;4(2):179-188.
9. เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบ้านโป่ง. รายงานสถิติประจำปี 2564-2566. ราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2566.
10. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์; 2565.

การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2566

Evaluation of the drug-resistant tuberculosis surveillance system, Kalasin Province, fiscal year 2022 – 2023.

(Received: September 21,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

กัลย์ เนื่องโพธิ์¹ กฤตนัน นิรังกบุตรสกุล²

Kan Nueangpho¹ Kritnan Nirongbutsakul¹

บทคัดย่อ

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและทบทวนระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา จังหวัดกาฬสินธุ์ วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ Mixed methods แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ ภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) เพื่อศึกษาคูณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวัง โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาล 3 แห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 2) การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ศึกษาขั้นตอนการรายงาน และ คุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา

ผลการศึกษา: ระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา มีค่าความไวของการรายงานตามนิยามโรคปี 2563 และแนวทาง การสอบสวนและควบคุมวัณโรคปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 64.0 และค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 100.0 ข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของผู้ป่วยที่พบทั้งหมดจากการทบทวนเวชระเบียน สำหรับ คุณภาพข้อมูลพบว่าตัวแปรเพศ อายุ ที่อยู่ มีความถูกต้องร้อยละ 100.0 ส่วนตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับช่วงเวลา เช่น วันที่เอกซเรย์ วันที่ตรวจเสมหะ วันที่ขึ้นทะเบียน สถานะรักษา พบมีความถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 90.0 ส่วนความทันเวลาของการรายงาน พบว่ารายงานทันเวลาภายใน 5 วัน สำหรับคุณลักษณะเชิงคุณภาพพบว่า ขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่ยุ่งยากและมีความยืดหยุ่น ได้รับการยอมรับและส่งผลให้มีความมั่นคงของระบบ ที่สามารถนำไปปรับใช้กับระบบเฝ้าระวังอื่นๆได้ แต่ด้วยภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลัก จึงไม่สามารถ บันทึกข้อมูลได้ทันเวลา อีกทั้งยังไม่มีแนวทางการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาที่ชัดเจนสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง สรุปและวิจารณ์: ระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบค่าความไวของการรายงานอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

คำสำคัญ: ประเมินระบบเฝ้าระวัง, วัณโรคดื้อยา, จังหวัดกาฬสินธุ์

Abstract

This report aims to study and review the surveillance system for drug-resistant tuberculosis in Kalasin Province and provide recommendations for the development of the surveillance system for drug-resistant tuberculosis in Kalasin Province. Methodology: This is a mixed methods study divided into 2 parts: 1) This study is a cross-sectional survey research to study the quantitative characteristics of the surveillance system by studying the data of patients who received services at 3 health facilities in Kalasin Province between October 1, 2021 and September 30, 2023. 2) Qualitative study to study the reporting process and qualitative characteristics of the surveillance system for drug-resistant tuberculosis.

Results: The drug-resistant tuberculosis surveillance system has a sensitivity of 64.0 percent for reporting according to the 2020 disease definition and the 2023 Tuberculosis Investigation and Control Guidelines, and a positive predictive value of 100.0 percent. Data in the disease surveillance system may not be a good representative of all patients found from the medical record review. For data quality, the variables gender, age, and address were 100.0 percent accurate, while variables related to time, such as X-ray date, sputum examination date, registration date, and treatment status, were less than 90.0 percent accurate. As for the timeliness of

¹ โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

² โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

reporting, it was found that the report was on time within 5 days. For qualitative characteristics, it was found that the work procedures were not complicated and flexible, were accepted and resulted in the stability of the system that could be applied to other surveillance systems. However, due to the workload of the main responsible officers, the data could not be recorded in time. In addition, there was no clear guideline for drug-resistant tuberculosis surveillance for those involved. Conclusion and discussion: The drug-resistant tuberculosis surveillance system of Kalasin Province had a moderate sensitivity of reporting.

Keywords: Surveillance system assessment, Drug-resistant tuberculosis, Kalasin Province

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* จัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis* complex วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อทางอากาศและสามารถเกิดได้ ในทุกอวัยวะของร่างกาย ประมาณร้อยละ 80 เป็นการติดเชื้อที่ปอด^{5,6} วัณโรคคือยาอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติ ของตัวเชื้อวัณโรคเอง เนื่องจากการกลายพันธุ์ของสาร พันธุกรรม (genetic mutation) ทำให้ยาไม่สามารถใช้รักษาเชื้อวัณโรค นั้นได้ หรือกระบวนการรักษาทั้งด้าน การดูแลรักษา ทางคลินิก (clinical practice) และการบริหารจัดการ (programmatic TB management) ทำให้เกิดการรักษาวัณโรคที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา⁴

ในปี พ.ศ. 2564 - 2568 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ทบทวนประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง ซึ่งประเทศไทยไม่ถูกจัดในวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูง ประเทศไทยมีนโยบายเร่งรัดการคัดกรอง วัณโรคโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) วินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (molecular testing) ทดสอบความไวของเชื้อต่อยารักษาวัณโรค (DST) ในผู้ป่วยวัณโรค และรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ด้วยสูตรยา ที่ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาการรักษาสั้นลง ซึ่งทำให้สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยดีขึ้นเพื่อให้ การดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์วัณโรคดื้อยา ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา รายใหม่ 750, 888, 936 ราย ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารายใหม่ 63, 61, 66 ราย

ตามลำดับ ส่วนสถานการณ์วัณโรคดื้อยาในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารายใหม่ 15, 10, 22 ราย ตามลำดับ การใช้ยารักษาวัณโรคแนวที่ 2 (second-line anti-tuberculosis drugs, SLDs) ในการ รักษา MDR-TB ค่าใช้จ่ายต่อรายประมาณ 200,000 บาท และถ้าเป็น XDR-TB ค่าใช้จ่ายต่อรายมากกว่า 1,000,000 บาท ผลการรักษาในที่มีความชุกของ HIV ต่ำ และมีระบบการรักษาวัณโรคที่ดี พบว่าอัตราการ รักษาหาย ของกลุ่ม MDR-TB คิดเป็นร้อยละ 60-80 และ XDR-TB คิดเป็นร้อยละ 44-50⁷

จังหวัดกาฬสินธุ์มีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 3 ปีซ้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 พบจำนวนผู้ป่วย เพิ่มขึ้นและลดลงสลับกัน ไม่สอดคล้องกับแนวโน้ม ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จังหวัดกาฬสินธุ์ไม่เคยประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา มา ก่อน การศึกษานี้จึงมี วัตถุประสงค์เพื่อทบทวนระบบ เฝ้าระวังวัณ โรคดื้อยาใน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2564 - 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาในจังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาในจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อ ศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวัง ได้แก่ 1) ความไว (Sensitivity) 2) ค่าพยากรณ์ บวก (Positive predictive value) 3) ความเป็นตัวแทน Representativeness) 4) คุณภาพของข้อมูล (Data quality) 5) ความทันเวลา (Timeliness)

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เพื่อพหุรณาระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา และศึกษา คุณลักษณะเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ความง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) 2) ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility) 3) ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง (Stability) 4) การยอมรับในระบบเฝ้าระวัง (Acceptability)

3. การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ

พื้นที่ทำการศึกษาคือ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารายใหม่ที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ช่วงเวลาทำการศึกษาคือ ผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 การศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้นิยามโรคปี พ.ศ. 2563 และแนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2566)

แหล่งข้อมูลที่นำมาศึกษา

1. ฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จากโปรแกรม NTIP

2. ฐานข้อมูลบันทึกเวชระเบียน HIS (Hospital information system) รพ.กาฬสินธุ์ รพ. ยางตลาด และรพ.ร.กฤษณารายณ์ ซึ่งเป็น 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย ที่ให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ทั้งเวชระเบียนผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 โดยดึงข้อมูลของผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วย รหัส ICD-10 ได้แก่

- A150-A159 Respiratory tuberculosis, bacteriologically and histologically confirmed.

- A160-A169 Respiratory tuberculosis, not confirmed bacteriologically or histologically.

- A170-A179 Tuberculosis of nervous system.

- A180-A189 Tuberculosis of other organs.

- A190-A199 Miliary tuberculosis.

- U842, U843, U847-9 Drug Resistant Tuberculosis.

- B200 HIV disease resulting in mycobacterial infection.

- J65 Pneumoconiosis associated with tuberculosis.

- K230 Tuberculous oesophagitis.

- K673 Tuberculous peritonitis.

- K930 Tuberculous disorders of intestines, peritoneum and mesenteric glands.

- M011 Tuberculous arthritis.

- M490 Tuberculosis of spine.

- N330 Tuberculous cystitis.

- N740 Tuberculous infection of cervix uteri.

- N741 Female tuberculous pelvic inflammatory disease.

3. ฐานข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ LIS (Laboratory information system) ผลการตรวจด้วยวิธี RT-PCR gene Xpert MTB/RIF จากห้องปฏิบัติการ 2 แห่ง และจากการเพาะเชื้อ (Culture) 1 แห่ง ได้แก่

3.1 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

3.2 โรงพยาบาลยางตลาด

3.3 ห้องปฏิบัติการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาค่าความไว ขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่ม

ตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรม OPENEPI โดยอ้างอิงจากการประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรค อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร พ.ศ. 2560 ซึ่งพบค่าความไวร้อยละ 98.08⁸

เวชระเบียนที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังที่ต้องศึกษา จำนวน 37 ราย ซึ่งจากการสืบค้นฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในระบบ NTIP และฐานข้อมูลโรงพยาบาลที่ให้การรักษาวัณโรคดื้อยา ทั้ง 3 โรงพยาบาล ร่วมกับผลทาง ห้องปฏิบัติการ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 พบผู้ป่วยรวม 50 ราย จึงดำเนินการศึกษา ทั้งหมด

สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวัง ซึ่งประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล/รองผู้อำนวยการ/หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา/อายุรแพทย์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลแผนกฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ ระบาดวิทยา ประจำอำเภอ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกรายงาน 506 ในสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลยางตลาด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุฉินารายณ์ จำนวน 52 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) สัมภาษณ์โดยใช้แบบ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นสอบถามถึงขั้นตอนการรายงานโรคและความ คิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา ที่เกี่ยวข้องของคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวัง ได้แก่ การยอมรับ ความยากง่าย ความยืดหยุ่น ความยั่งยืน และการนำไปใช้ประโยชน์ ของระบบเฝ้าระวัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวัง ได้แก่

1.1 ความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) หมายถึง สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยวัณ

โรคดื้อยา ตรงนิยามและถูกรายงานในระบบ NTIP ต่อจำนวนผู้ป่วยที่ตรงตามนิยามทั้งหมด คำนวณได้จาก

$$\text{Sensitivity} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ตรงนิยามและถูกรายงานในระบบ NTIP}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ตรงตามนิยามทั้งหมด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2566}} \times 100$$

1.2 ค่าพยากรณ์บวก (PPV) หมายถึง สัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ตรงตามนิยามและถูกรายงานในระบบ NTIP ต่อจำนวนผู้ป่วยที่ถูก รายงานเข้าระบบ NTIP ทั้งหมด คำนวณได้จาก

$$\text{PPV} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ตรงนิยามและถูกรายงานในระบบ NTIP}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ส่งรายงานในระบบรายงาน NTIP ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2566}} \times 100$$

1.3 ความเป็นตัวแทน (Representativeness) โดยการเปรียบเทียบลักษณะทางระบาดวิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ของกลุ่มผู้ป่วยที่รายงานเข้าระบบ NTIP กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ตรงตามนิยามที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน

1.4 คุณภาพของข้อมูล (Data quality) โดยประเมินทั้งความครบถ้วนของข้อมูลที่รายงานสู่ระบบ และความถูกต้องของรายงานเทียบกับข้อมูลในเวชระเบียน ตามตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เพศ (ถูกต้องตรงกัน) อายุ (อายุ ± 1 ปี) ที่อยู่ระดับตำบล (ถูกต้องตรงกัน) วันที่เริ่มป่วย (อายุ ± 1 วัน)

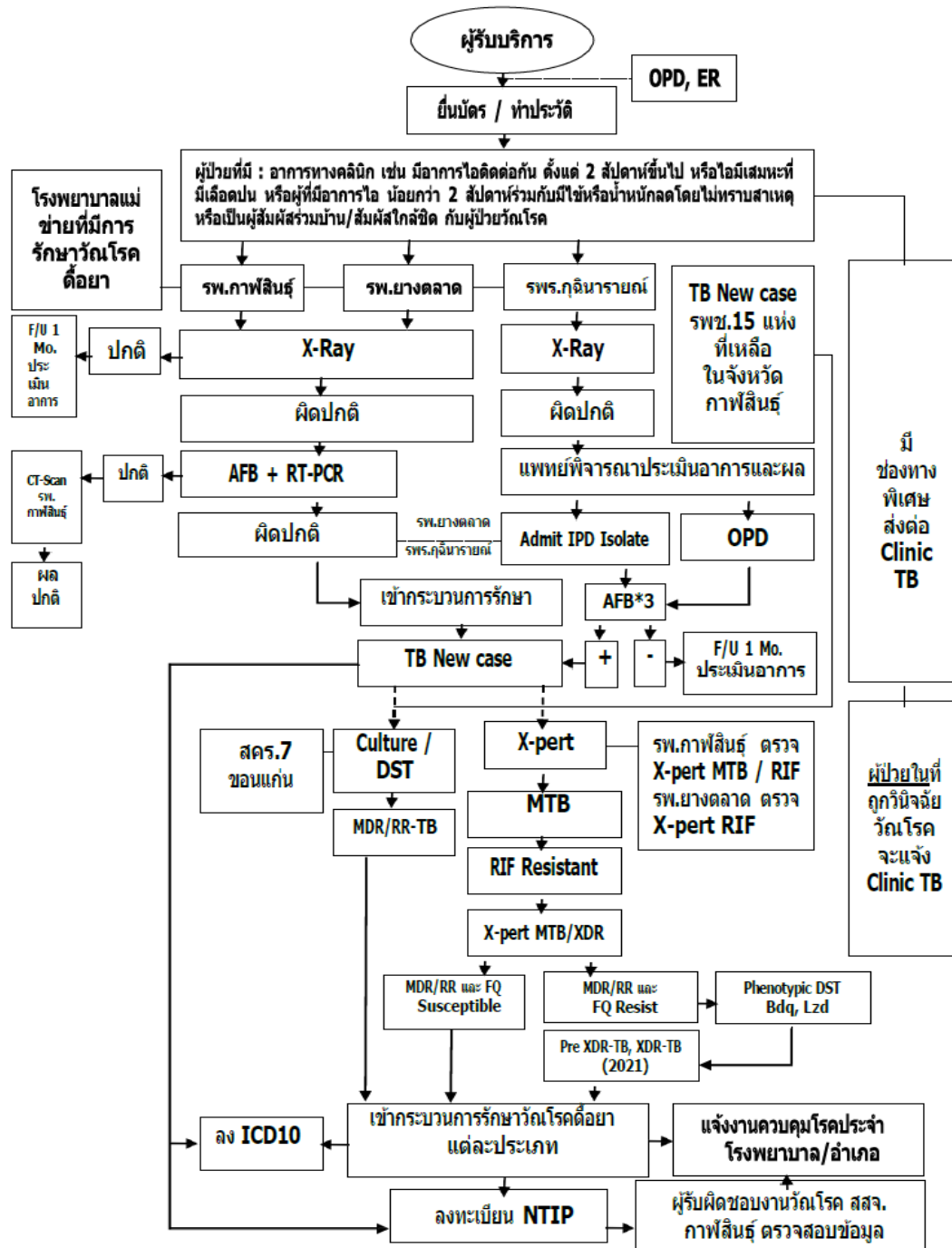
2. การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ แก่นสาระ (Thematic Analysis) ในประเด็นเกี่ยวกับการทำงานในระบบเฝ้าระวังโรคตามคุณลักษณะ

เชิงคุณภาพ ได้แก่ ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility) ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง (Stability) และการยอมรับในระบบเฝ้าระวัง (Usefulness)

ผลการศึกษา

1.ขั้นตอนการรายงานในระบบเฝ้าระวังวัณโรค
คือ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลยางตลาด
และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็น
3 โรงพยาบาลแม่ข่ายในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้การ
รักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยา ในกรณีที่โรงพยาบาลชุมชน
อีก 15 แห่ง พบผู้ป่วยยืนยันวัณโรคคือยาจะทำการ
ส่งต่อการรักษามาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายดังกล่าว
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นแม่ข่ายรับการรักษา
โรงพยาบาลลูกข่าย จำนวน 9 แห่ง โรงพยาบาลยาง
ตลาด เป็นแม่ข่ายรับการรักษาโรงพยาบาลลูกข่าย
จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุ
ฉินารายณ์ เป็นแม่ข่ายรับการรักษาโรงพยาบาลลูกข่าย
จำนวน 3 แห่ง ขั้นตอนในการตรวจยืนยันคล้ายคลึง
กัน คือ ผู้ป่วย ที่มารับบริการด้วยอาการทางคลินิก
เช่น มีอาการไอติดต่อกัน ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป หรือ
ไอมีเสมหะที่มีเลือดปน หรือผู้ที่มีอาการไอ น้อยกว่า
2 สัปดาห์ร่วมกับมีไข้หรือน้ำหนักลดโดยไม่ทราบ
สาเหตุ หรือเป็นผู้สัมผัสร่วม บ้าน/สัมผัสใกล้ชิด กับ
ผู้ป่วยวัณโรค แพทย์จะพิจารณาส่งตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีวิธีการตรวจ 2 วิธี คือ 1) การ
ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) 2) การตรวจ
ทางอนุชีววิทยา และทดสอบความไวของเชื้อวัณ โรค
ต่อ ยา บาง ชนิด เช่น real-time PCR, Xpert
MTB/RIF และ 3) วิธีการเพาะเชื้อ (Culture) และ
ทดสอบ ความไวของเชื้อวัณโรคต่อยา จากสิ่งส่งตรวจ
โดยวิธีการตรวจของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของ
แพทย์ผู้ทำ การตรวจรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยบางราย

ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่เหมือนกัน โดย
โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลยางตลาด มี
ห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจหาเชื้อวัณโรคคือยาได้
ส่วนโรงพยาบาล ชุมชน อีก 16 แห่งในจังหวัด
กาฬสินธุ์ คลินิกวัณโรคและห้องตรวจปฏิบัติการนั้น
จะเป็นหน่วยที่ประสานการ ตรวจหาเชื้อวัณโรคคือ
ยาต่อไป มี 3 แห่ง 1) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2)
โรงพยาบาลยางตลาด และ 3) ห้องตรวจ ปฏิบัติการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคคือยาอย่าง น้อย 1
ขนาน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลยางตลาด จะบันทึกผลการ
ตรวจในโปรแกรม LIS (Laboratory information
system) เพื่อให้โรงพยาบาลเครือข่ายที่ส่งตรวจเปิด
ผล ตรวจดูได้และบันทึกผลลงในฐานข้อมูลของ
โปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาล แต่ห้องตรวจ
ปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 7 จังหวัด
ขอนแก่น บันทึกผลการตรวจลงโปรแกรม NTIP เมื่อ
เจ้าหน้าที่ พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค ทราบผล
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แล้วจะแจ้งแพทย์ผู้ทำ
การรักษา และจะ ส่งข้อความผ่านสื่อออนไลน์แจ้ง
ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา เพื่อดำเนินการ
สอบสวนและรายงานโรค เมื่อ แพทย์ให้การวินิจฉัย
วัณโรคคือยา จะมีการบันทึกข้อมูล ICD-10 ใน
ฐานข้อมูลของโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาล
ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกวัณโรคที่
ทำการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยา จะบันทึก



รูปที่ 1 ขั้นตอนการรายงานในระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2566

ข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม NTIP ภายใน 5 วันหลังจากวินิจฉัย ตามขั้นตอนรูปที่ 1

2. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ
จากการทบทวนเวชระเบียนในโรงพยาบาลที่
ให้การรักษผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา และทบทวนผล การ
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
จำนวน 37 เวชระเบียน พบผู้ป่วยเข้าตามนิยาม 37
เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 100.0 โรงพยาบาลยาง

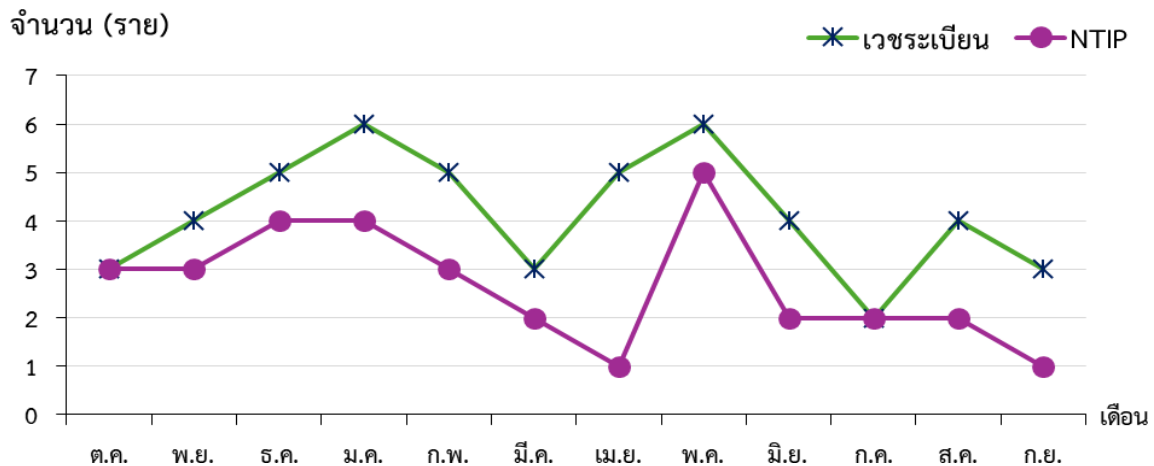
ตลาด จำนวน 10 เวชระเบียน พบผู้ป่วยเข้าตาม
นิยาม 10 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 100.0 และ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 3
เวชระเบียน

พบผู้ป่วยเข้าตามนิยาม 3 เวชระเบียน คิดเป็น
ร้อยละ 100.0 ความไว และค่าพยากรณ์บวก จาก

การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยตามรหัส ICD-10 และ ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ของทั้ง 3 โรงพยาบาลพบผู้ป่วยเข้าตามนิยาม จำนวน 50 ราย โดยมีเพียง 32 ราย ที่มี การรายงานเข้าไปในระบบ โปรแกรม NTIP คิดเป็นค่าความไวร้อยละ เท่ากับ 64.0 ส่วนผู้ป่วยที่มีในระบบ โปรแกรม NTIP จำนวน 32 ราย พบว่าเข้านิยามโรค 32 ราย คิดเป็นค่า พยากรณ์บวกเท่ากับร้อยละ 100.0 ซึ่งเมื่อจำแนก ตามโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีค่า ความไวเท่ากับร้อยละ 59.5 ค่าพยากรณ์บวก เท่ากับ ร้อยละ 100.0 โรงพยาบาลยางตลาด มีค่าความไว เท่ากับร้อยละ 70.0 ค่าพยากรณ์บวกเท่ากับร้อยละ 100.0 และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉิน

นารายณ์ มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 100.0 ค่า พยากรณ์บวก เท่ากับร้อยละ 100.0

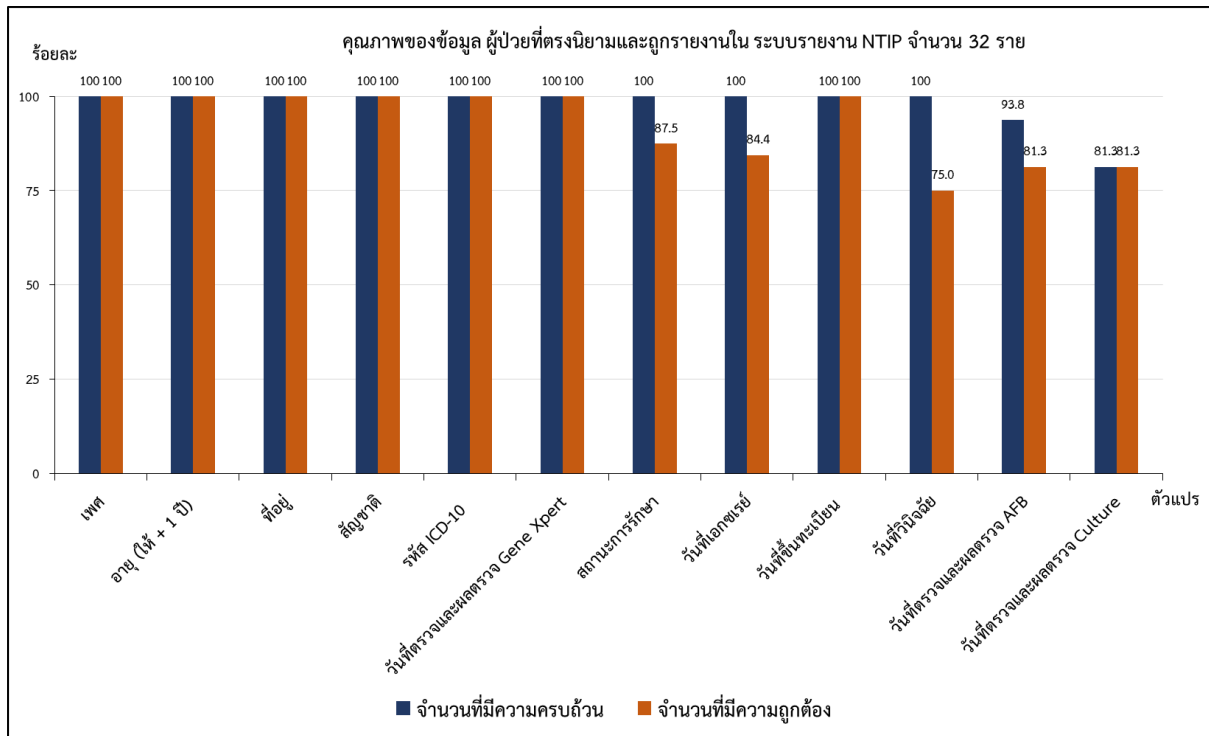
ความเป็นตัวแทน จากข้อมูลรายละเอียด ผู้ป่วยที่มีการรายงานในระบบโปรแกรม NTIP เปรียบเทียบกับข้อมูล ที่ทำการทบทวนจากเวช ระเบียนผู้ป่วย โดยใช้ความเป็นตัวแทน เพศชายต่อ เพศหญิง พบว่า ในกลุ่มที่มีการ รายงานพบ เพศชาย ต่อเพศหญิง เท่ากับ 4.33: 1 ส่วนในกลุ่มที่ได้จากการ ทบทวนเวชระเบียนพบ เพศชายต่อ เพศหญิง เท่ากับ 4.00: 1 ส่วนข้อมูลอายุ มีค่ามัธยฐานใกล้เคียงกัน คือ อายุ 49 ปี ในระบบรายงาน NTIP และอายุ 50.5 ปี ในเวชระเบียน ที่อยู่ และเดือนที่เริ่มป่วย



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยจากการทบทวนในระบบรายงาน NTIP และผู้ป่วยจากการทบทวนเวชระเบียนที่ตรงตาม นิยาม จำแนกตามเดือนที่เริ่มป่วย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2566

คุณภาพของข้อมูล ผู้ป่วยที่รายงานในระบบ รายงาน NTIP จำนวน 32 ราย พบว่ามีความครบถ้วน ของการบันทึกตัวแปรด้านอายุ เพศ ที่อยู่ (ตำบล) สัญชาติ รหัส ICD-10 วันที่ขึ้นทะเบียน วันที่ตรวจ และ ผลตรวจ X-pert ครบถ้วนทั้ง 32 ราย มี ความถูกต้อง ร้อยละ 100.0 ส่วนข้อมูลที่มีความ

คลาดเคลื่อน คือ วัน ที่ วิ นิฉัย ไม่ตรงกัน 8 ราย (ร้อยละ 25.0) วันที่ตรวจและผลตรวจ AFB ไม่ตรงกัน 6 ราย (ร้อยละ 18.8) และวันที่ตรวจและผลตรวจ Culture ไม่ตรงกัน 6 ราย (ร้อยละ 18.8) วันที่ เอกซเรย์ ไม่ตรงกัน 5 ราย (ร้อยละ 15.6) และ สถานะ การรักษา ไม่ตรงกัน 4 ราย (ร้อยละ 12.5)



รูปที่ 3 คุณภาพของข้อมูล ผู้ป่วยที่รายงานในระบบรายงาน NTIP จังหวัดกาฬสินธุ์
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2566

ความทันเวลา จากการทบทวนเวชระเบียน โรงพยาบาลที่ศึกษา 3 แห่ง มีผู้ป่วยเข้าตามนิยามการรายงานโรค ทั้ง 3 แห่ง มีเวชระเบียนที่เข้าตามนิยาม 50 ราย แต่รายงานเข้าไปในระบบรายงาน NTIP 32 รายทั้งหมด รายงานได้ทันเวลาภายใน 5 วัน ตามที่สถานพยาบาลกำหนด

3. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ การยอมรับของระบบเฝ้าระวัง ผู้บริหารทราบว่าโรคติดต่อเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังและรายงานในระบบเฝ้าระวัง โรครวมถึงโรคติดต่อเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ซึ่งผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบว่าโรงพยาบาล โดยเฉพาะคลินิกโรคและงานระบาดวิทยามีระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในกรณีที่พบผู้ป่วยนี้ไม่ทราบถึงกระบวนการรายงาน/ช่องทางการรายงาน แพทย์ พยาบาลและ นักเทคนิคการแพทย์มีความเข้าใจว่าเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังและสร้างช่องทางพิเศษ ในการรายงาน ผลทางห้องปฏิบัติการอย่างรวดเร็ว และเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคติดต่อ เข้าใจว่าต้องรายงานเพราะ เป็น

โรคที่ต้องเฝ้าระวัง แต่ไม่เคยทราบนิยามการเฝ้าระวังโรคติดต่อ เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาทราบว่าโรคที่ต้องรายงาน แต่ยังมีการดำเนินงานที่ล่าช้า ในด้านการสอบสวน ควบคุม และป้องกันโรค

ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง ระดับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้รายงานโรค ทราบถึงระบบเฝ้าระวังโรค สำนักงานสาธารณสุข จะกำกับติดตาม รายงานข้อมูลมายังผู้เกี่ยวข้อง โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลัก ประจำคลินิกโรค มีความกังวล ด้วยขั้นตอนการเฝ้าระวังโรคติดต่อ มีการติดต่อประสานงานที่หลาย หน่วยงาน หากมีการสับเปลี่ยน/หยุดงาน ในวันที่เปิดคลินิกให้บริการผู้ป่วย คาดว่าจะมีการตกหล่นของข้อมูล ได้ แต่ด้วยปัจจุบันระบบรายงาน NTIP พัฒนาระบบข้อมูลที่สามารถเข้าถึงและตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ดำเนินการได้ง่าย จึงเป็นข้อดีที่ทำให้ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวังนี้สามารถเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานได้ และคงมีผลกระทบน้อยที่สุดต่อระบบการเฝ้าระวังนี้

ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง ระบบรายงานโรคของโรงพยาบาลใช้ระบบรายงาน NTIP สามารถ ดำเนินการได้ง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถนำเข้าและดึงข้อมูลผู้ป่วยจากระบบได้เลย เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรค ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลไม่นาน แต่ด้วยผู้รับบริการมีจำนวนมากขึ้น จึงต้องบริหารจัดการด้านการบริการ รักษาให้เสร็จก่อน จึงสามารถทำการบันทึกข้อมูลในระบบได้

ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลัก มีคู่มือในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการทำงานเป็นเวลาพอสมควร ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานทุกแผนก จึงเป็นผลดีต่อความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวังโรคนี้ อาทิเช่น การสำรองข้อมูลผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การบันทึกข้อมูลหรือทำทะเบียนออนไลน์ ซึ่งต้องได้รับความยินยอมจากผู้สร้างแพลตฟอร์มนั้น ก่อน และการสนับสนุนจากงาน IT เพื่อช่วยในการบริหารจัดการข้อมูล รวมทั้งการปกปิดข้อมูลผู้ป่วยด้วยการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เล็งเห็นความสำคัญของระบบเฝ้า ระวังโรค มีประโยชน์ในการนำข้อมูลมาออกแบบวางแผน มาตรการป้องกันโรค ควบคุมโรค ลดการแพร่กระจายของเชื้อ ช่วยในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ รวมทั้งเพิ่มอัตราการความสำเร็จในการรักษา รวมถึงลด การดื้อยา การให้บริการทางเภสัชกรรม ได้นำข้อมูลการเฝ้าระวังมาใช้ในการบริหาร จัดการ วางแผน การบริหารทางเภสัชกรรม ตรวจสอบความเหมาะสมขนาดยา ประเมินหาสาเหตุการเกิดเชื้อโรคดื้อยา แต่ยังไม่มีการนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมานำวิเคราะห์ข้อมูล และเสนอผู้บริหาร มีเพียงการรายงาน สถานการณ์โรคในที่ประชุมผู้บริหารทุกเดือน เพื่อที่จะนำข้อมูลมาใช้วางแผนในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรค ในพื้นที่ต่อไปอย่างเหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

จากการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคดื้อยา จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า จังหวัดกาฬสินธุ์มีระบบการ

เฝ้า ระวังโรคดื้อยา โดยการบันทึกข้อมูลสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ผ่านระบบรายงาน NTIP โดยเจ้าหน้าที่ พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน และมีการแจ้งไปยังเจ้าหน้าที่ ทางระบาดวิทยา ผ่านระบบแอปพลิเคชัน Line ให้ทราบภายในวันหลังจากแพทย์วินิจฉัย จะมีการประสานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบ ข้อมูล ยืนยันสถานะที่อยู่จริง และได้ทำการสอบสวน ควบคุมโรค พร้อมทั้งค้นหา กลุ่มเสี่ยงมาคัดกรองโรค ผู้ใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเดือนละ 1 ครั้ง จากระบบรายงาน NTIP เสนอผู้บริหาร และคืนข้อมูลแก่พื้นที่

สำหรับการประเมินพบว่า ระบบเฝ้าระวังมีค่าความไวร้อยละ 64.0 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับ การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคปอด จังหวัดราชบุรี ปี 2556 และการประเมินระบบเฝ้า ระวังโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี ปี 2561 ซึ่งมีค่าความไวร้อยละ 84.2 และ 78.1^{9,10} ตามลำดับ เนื่องจากความซับซ้อน ของโรคดื้อยา มีความแตกต่างหรือเพิ่มกระบวนการทำงานในการขึ้นทะเบียน คือต้องอาศัยผลการตรวจ ตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการดื้อยาก่อน ซึ่งใช้เวลาเพิ่มขึ้น 3 วัน – 2 เดือน กรณีที่จะวินิจฉัยโรคดื้อยา ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยแรกเป็นโรค จะดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคในระบบรายงาน NTIP และถูกนัดติดตามอาการพร้อมฟังผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการหาเชื้อโรคดื้อยา เมื่อแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วย โรคดื้อยาแล้วนั้น เจ้าหน้าที่ พยาบาลผู้รับผิดชอบ จะต้องเข้าไปเปลี่ยนสถานะการขึ้นทะเบียนในระบบ รายงาน NTIP ร่วมกับขั้นตอนการเบิกจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยโรคดื้อยาที่ต้องทำหนังสือราชการจากสถานพยาบาลไปยังสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรค ที่มีความล่าช้า จึงดำเนินการโดย นายาของผู้ป่วยอีกคนมาให้ ก่อน แต่อาจจะด้วยภาระงานที่มาก ไม่ได้บันทึกข้อมูลโดยทันที ทำให้ลืมหือละเลยในการบันทึกข้อมูล รวม จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.0 อีกทั้งข้อมูลบางส่วนที่หายไป

คือผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน ที่ไม่ได้มารับการรักษาจนโรคแล้วเสียชีวิต จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.0 ในส่วนนี้พยาบาลหอผู้ป่วยในไม่มี การแจ้งไปยังคลินิกโรคหรือเจ้าหน้าที่ระบาศ ซึ่ง เป็นข้อแตกต่างจากการศึกษาของจังหวัดราชบุรีและโรงพยาบาลราชบุรี ที่ศึกษาของผู้ป่วยโรคที่มี ขั้นตอนไม่ซับซ้อน เหมือนการศึกษาโรคดื้อยาของจังหวัด กาฬสินธุ์ จึงทำให้ค่าความไวของจังหวัด กาฬสินธุ์ต่ำกว่าการศึกษาของ จังหวัดราชบุรีและโรงพยาบาลราชบุรี

สำหรับการประเมินพบว่า ระบบเฝ้าระวังมีค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 100.0 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก เมื่อเทียบกับการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคปอด จังหวัดราชบุรี ปี 2556 และการประเมินระบบเฝ้าระวัง โรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี ปี 2561 ซึ่งมีค่าความไวร้อยละ 75.3 และ 100.0^{9,10} ตามลำดับ เนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาระบบรายงาน NTIP ที่มีการขึ้นทะเบียนทั้งหมด ที่ได้รับการวินิจฉัย และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบเชื้อดื้อยา อย่างน้อย 1 ชนิด เพื่อยืนยันการวินิจฉัย การรักษา การขึ้น ทะเบียนหรือเปลี่ยนสถานะผู้ป่วยในระบบ รายงาน NTIP จำเป็นต้องตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูลผู้ป่วย อย่างละเอียดซึ่ง พบว่าทั้งหมดได้รับการ วินิจฉัยและมีผลทางห้องปฏิบัติการ มีผลให้ค่าพยากรณ์ บวกร้อยละ 100.0 ซึ่งคล้ายกันกับ การศึกษาของโรงพยาบาลราชบุรี ที่ศึกษาผู้ป่วยที่ ได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วย ยาวัณโรค ที่ไม่พบ การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยและการรักษา ส่วน การศึกษาของจังหวัดราชบุรีเป็นการศึกษา ผู้ป่วยที่ ขึ้นทะเบียน TBCM 2010 ว่าตรงตามนิยามการเฝ้า ระวังวัณโรคปอดหรือไม่ ซึ่งพบผู้ป่วยหลายราย ไม่ ตรงตามนิยาม จึงทำให้ค่าพยากรณ์บวกของจังหวัด ราชบุรีต่ำกว่าจังหวัดกาฬสินธุ์

คุณภาพของข้อมูล พบว่าตัวแปรเพศ อายุ ที่ อยู่ มีความถูกต้องร้อยละ 100.0 ส่วนตัวแปรที่ เกี่ยวกับ ช่วงเวลา เช่น วันที่เอกซเรย์ วันที่ตรวจ เสมหะ วันที่ขึ้นทะเบียน สถานการณ์รักษา พบมี ความถูกต้องไม่ถึง ร้อยละ 90.0 อาจเนื่องจากการ

บันทึกข้อมูลประวัติการตรวจคัดกรองต่างๆ รวมถึง อัปเดตสถานการณ์รักษา เป็นการบันทึกโดย เจ้าหน้าที่ที่บันทึกย้อนหลังอาจเกิดความ คลาดเคลื่อนได้⁷

สำหรับคุณลักษณะเชิงคุณภาพ พบว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องเห็นวาระระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ นี้ มี ประโยชน์ จากการใช้ทรัพยากรทั้งด้านบุคคล ด้าน งบประมาณการเงิน ที่เยอะเป็นหลายเท่าของผู้ป่วย วัณโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักมองเห็นถึง ความสำคัญและมองวาระระบบเฝ้าระวังทำได้ไม่ยาก และมีความยืดหยุ่น ส่งผลให้ได้รับการยอมรับและ น่าจะส่งผลให้มีความคงทนของระบบเฝ้าระวังโรค ที่ สามารถนำไปปรับใช้กับ ระบบเฝ้าระวังอื่นๆได้ แต่ หากที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบการเฝ้าระวัง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลัก มีการสำรอง ข้อมูลไว้อยู่ แล้ว จึงไม่มีความกังวล และเพื่อพัฒนาการรายงาน วัณโรคดื้อยาในโรงพยาบาล การวิเคราะห์ ปัญหา เพื่อหามาตรการในการป้องกัน ควบคุมโรค ให้เกิดผล ดีที่สุด และการรับส่งข้อมูลให้หน่วยบริการ เครือข่าย โดยการจัดทำคู่มือ แนวทางการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา สำหรับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ระบาศ วิทยา นัก เทคนิคการแพทย์ รวมถึงเจ้าหน้าที่ส่วนอื่นๆที่ เกี่ยวข้อง⁴

จากการประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2566 ซึ่งเป็นการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารายใหม่ที่มา รับ การรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 ซึ่งเป็น ป่วยป่วยตามนิยามวัณโรคดื้อยา พบว่าการรายงานใน ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคดื้อยามีความไวร้อยละ 64.0 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 100.0 มีความถูกต้อง ของรายงาน ผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (การ เพาะเชื้อ Sputum Culture) เป็น ข้อ กำ จัด ใน การศึกษาครั้งนี้สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ทุกคนยอมรับว่าวัณโรคดื้อยาเป็นโรคที่จำเป็นต้องมี ระบบเฝ้าระวัง แต่ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ ยกเว้น ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ระบาศ ยังไม่ทราบระบบการ ดำเนินงานเฝ้าระวังโรค หาก ต้องปรับเรื่องความ

มั่นคงของระบบ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลัก มีภาระงานที่มากไม่สามารถทำแทน กันได้ทุก สถานพยาบาลที่ให้การรักษผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จำเป็นต้องสำรองเจ้าหน้าที่เพิ่ม

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลัก เพิ่มช่องทางการตรวจสอบผลทางห้องปฏิบัติการ (Gene Xpert MTB/RIF & Culture/ DST) เพื่อตรวจสอบและยืนยัน ขึ้นทะเบียน และนำเข้ากระบวนการรักษา โดยเร็วที่สุด
2. ผู้เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังร่วมกันพัฒนาให้ความคิดเห็น จัดทำเครื่องมือ และแนวทางคู่มือในการ รายงานวัณโรคดื้อยา
3. ผู้เกี่ยวข้องทบทวนกระบวนการขั้นตอนการเบิกจ่ายยา เพื่อแก้ไขการนำยาของผู้ป่วยเก่าแบ่งให้ผู้ป่วยใหม่
4. ผู้เกี่ยวข้องในระบบร่วมกันศึกษาและทำความเข้าใจเรื่องนิยามโรค/ คู่มือการบันทึกข้อมูล NTIP ให้ชัดเจน
5. เจ้าหน้าที่ระดับชาติ วิเคราะห์และใช้ประโยชน์ข้อมูลจากการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา เพื่อให้ทราบ สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ

รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลรักษา ป้องกันควบคุมโรค

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ควรมีการทบทวนระบบเฝ้าระวัง และฟื้นฟูทักษะการใช้งาน โปรแกรมฯ เพื่อให้เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรายงานโรคได้มีทักษะในการใช้งานได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พระคุณ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลยางตลาด และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวก และสนับสนุนข้อมูล รวมทั้งให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การประเมิน ระบบเฝ้าระวังโรคในครั้งนี้สำเร็จ ล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณนายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา และนางสาววานิช รุ่งราม ที่ได้ช่วยเหลือในการเขียนรายงาน ครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่อ อันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก.แคนนา กราฟฟิค. 2563. หน้า 78-80.
2. การเขียนวิธีการดำเนินงานการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2567]. แหล่งข้อมูล <http://pioneer.net/serv.chula.ac.th/~jaimorn/re9.htm>
3. สมาคมระบาดวิทยา. พื้นฐานระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี. โรงพิมพ์แคนนา กราฟฟิค. 2559
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567]. แหล่งข้อมูล <https://www.tbthailand.org/download/DR-TB%20Proof%2023%20FINAL.pdf>
5. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567]. แหล่งข้อมูล <https://www.tbthailand.org/download/Manual/แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค 2566.pdf>
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. วัณโรค[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567]. แหล่งข้อมูล https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=105
7. รายงานผู้ป่วยวัณโรค [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2567]. แหล่งข้อมูล https://ntipapp.ddc.moph.go.th/ntip_frontend/TreatmentOutcome

8. อีรารัตน์ พลราชม, เสริมสุข แก้วแคน. การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรค อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2560. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปีสัปดาห์ 2562; 50: S429-437.
9. ปิยะณัฐ บุญประดิษฐ์ . การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีสัปดาห์ 2558; 46: 68-75.
10. สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล, วรณวิศา เอี้ยงทอง. การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคปอดในผู้ป่วยที่มีอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560-30 กันยายน 2561. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปีสัปดาห์ 2562; 50: S81-88.

การพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Model for Preventing and Solving Falls in The Elderly, Nong Bok Subdistrict, Lao Suea Kok District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: September 21,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

จตุพร ผลเกิด¹เกศรา แสนศิริทวีสุข²ภูมิพัฒน์ นริษที่ภูวพงษ์³

Jutipon Ponkert¹Getsara Sansiritawisuk²Phumiphat Natitphuwaphong³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้สูงอายุสมัครใจร่วมกิจกรรม 60 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูลการพลัดตกหกล้ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษา การพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) พัฒนาแกนนำครู.อาสาสมัครสาธารณสุขด้านการประเมินคัดกรอง ให้คำแนะนำและส่งต่อผู้มีความเสี่ยงฯและร่วมออกแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2) ฝึกอบรมผู้สูงอายุโดยครู ก มีการคัดกรองประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลที่สร้างขึ้น การวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประเมินการเคลื่อนไหว ฝึกออกกำลังกายด้วยแรงต้านโดยใช้ยางยืด และวางแผนแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลด้วย Mini care plan 3) การประเมินแนะนำปรับปรุงให้บ้านปลอดภัยฯร่วมกับภาคีเครือข่าย และ 4) การเยี่ยมเสริมพลัง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ในการป้องกันฯ สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และผู้สูงอายุหกล้มลดลง

คำสำคัญ: แบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา/การพลัดตกหกล้ม /ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This action research aimed to develop a model for preventing and solving falls among the elderly in the Nong Bok Subdistrict, Lao Suea Kok District, Ubon Ratchathani Province. The sample was selected based on a purposive sampling, along with 60 elderly volunteers who consented to participate in the activities. The instruments consisted of a fall incidence data survey, in-depth interview forms, assessments and interventions for individual risk factors for fall prevention among the elderly, a health literacy questionnaire concerning fall prevention, and a satisfaction evaluation. The content validity was verified, and the instruments were refined according to expert recommendations.

The findings indicated that the development of a model for preventing and solving falls among the elderly in the community included 1) developing key leaders among health volunteer teachers for risk assessment and screening, providing guidance and referrals for at-risk individuals, and collaboratively designing care for the elderly in the community; 2) training the elderly through health volunteer teachers, conducting risk assessments using customized evaluation tools, measuring muscle strength, assessing mobility, exercising with resistance bands, and planning interventions for individual risk factors using a Mini Care Plan; 3) evaluation and recommendations for improving home safety in collaboration with network

¹ ปรด.(สังคมศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

² ปรด. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

³ ว่าที่ รต., สม.(การส่งเสริมสุขภาพ)นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

partners; and 4) empowerment visits. This resulted in the sample expressing a high level of satisfaction, with statistically significant improvements in average health literacy scores related to prevention before and after the intervention with a statistical significance level of .05, and a reduction in falls among the elderly.

Keywords: Model for Preventing and Solving Falls / Falls / Elderly

บทนำ

ข้อมูลของสหประชาชาติ United Nations World Population Ageing ระบุว่า ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ หรือ Aging Society ประเทศไทยถือเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกของโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อปี 2565 ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12 ล้านคน หรือร้อยละ 18 ของจำนวนประชากรทั้งหมด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย เช่น มีการเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส โดยเฉพาะระบบประสาทด้านการรับรู้ตำแหน่ง มีสายตาที่แยลง มีการเสื่อมของระบบอวัยวะในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวช้าลง เป็นต้น ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุมีหลายประการ หนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลต่อเนื่องให้เกิดการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ คือการล้ม การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การบาดเจ็บที่รุนแรง ผลจากการพลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ตั้งแต่อาการ ฟกช้ำ แผลถลอก รุนแรงจนกระดูกหัก ทุพพลภาพและเสียชีวิตได้¹ ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคระบุว่า การพลัดตกหกล้มมีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 3 ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 60 หกล้มทุกปี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า ตลอดจนเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาในการดูแลระยะยาว² ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่หกล้มมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี³ และผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ที่หกล้มและกระดูกหัก ไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก⁴ นอกจากผลกระทบ ทางร่างกายแล้ว ยังพบว่า การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมีผลกระทบทางจิตใจ

ด้วย โดยพบว่า การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุนั้น เป็น สาเหตุอันดับแรกของการเกิด ภาวะทุพพลภาพ บางคนรู้สึกลาย ซึมเศร้า มีความทุกข์ทรมานอยากฆ่าตัวตาย⁵ นอกจากนี้การพลัดตกหกล้มยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ในด้านรายได้ที่ครอบครัวต้องเสียไป เมื่อต้องออกจากงานมาดูแลหรือรายจ่ายที่เพิ่มหากต้องจ้างคนดูแลอาจสูงถึง 1,200,000 บาท ต่อคนต่อปี⁴ และมีผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่หกล้มต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเป็น 2 เท่า⁶ จึงนับว่าการหกล้มของผู้สูงอายุเพียงครั้งเดียว สามารถทำให้เกิดผลกระทบได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม ในหลายมิติ จนเกิดคำว่า “ล้มคนเดียว เจ็บทั้งบ้าน” ได้อย่างชัดเจน

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ คือ ลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุ เกิดจากภาวะโรคต่าง ๆ เช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางระบบประสาท การเป็นลมล้มลง หรือภาวะการเสียการทรงตัว ซึ่งอาจมาจากความผิดปกติของร่างกาย หรือกรณีที่อายุเพิ่มมากขึ้น⁷ โดยความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าส่วนใหญ่เกิดภายในบ้าน ร้อยละ 68.2 บริเวณบันไดมีผ้าหรือพรมเช็ดเท้า ร้อยละ 49.6 และบริเวณบันไดมีแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 41.62⁸

การป้องกันการหกล้มเป็นวิธีการที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ซึ่งการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุนั้นสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม การให้ความรู้เรื่องรูปแบบการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ⁹ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

การป้องกันการหกล้ม ได้แก่ ปักจายภายในตัวบุคคล และภายนอกตัวบุคคลของผู้สูงอายุ การป้องกันการหกล้มจึงต้องเป็นการป้องกันปัจจัยดังกล่าว ดังเช่น การศึกษาของ¹⁰ ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ หรือ การศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ¹¹ และการศึกษาของละออม สร้อยแสง¹² ได้ศึกษา แนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชน มิตรภาพพัฒนา ซึ่งพบว่าแนวทางการป้องกันการหกล้มที่สำคัญมี 3 ประการคือ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ภายในและรอบบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกาย ให้ผู้สูงอายุและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุต้องอาศัยทั้งปัจจัย ภายในและปัจจัยนอกของผู้สูงอายุร่วมกันเพื่อลด ปัญหาการหกล้มที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเอง ดังนั้น การป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มี ประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความรุนแรง ในการพลัดตกหกล้ม และความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีการทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่จะต้องดำเนินการแก้ไข อย่างเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

สถานการณ์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

อุบลราชธานี อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้น 4 เท่า ในรอบ 5 ปี จากพ.ศ.2561-2565 คิดเป็น 221.00, 474.00, 712.00, 1,443.00, 935.18 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ หรือเฉลี่ยวัน ละ 20 คน ในปีพ.ศ. และมีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากปี พ.ศ. 2560 – 2565 มีอัตราผู้ป่วยใน (IPD) สาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม (W00 - W19) คิดเป็น อัตรา 455.94, 395.86, 541.00, 539.33, 448.07 และ 626.33 ต่อจำนวนผู้สูงอายุแสนคน ตามลำดับ¹³

ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัด อุบลราชธานี พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 4,174 คนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 18.87 ของประชากร ทุกกลุ่มอายุ โดยเป็นผู้สูงอายุในตำบลหนองบก

จำนวน 955 คน¹⁴ ซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุหลายรายไม่มารับการรักษาตามนัด อาจ นำไปสู่เป็นกลุ่มติดเตียงและติดบ้านต้องอยู่บ้านคน เดียวขาดการดูแลและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทาง สุขภาพทั้งมิติร่างกายจิตใจและสังคมตามมา เพื่อ จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและ ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาหาแนวทางแก้ไข ปัญหาและความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัด อุบลราชธานี ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วงจรการ วิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความ ร่วมมือร่วมคิดตัดสินใจและลงมือปฏิบัติในการ จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสภาพของ การปฏิบัติงานจริง มีประสิทธิภาพได้ผลลัพธ์ลดการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ จริงตามบริบทของพื้นที่ อันจะเกิดประโยชน์ต่อ ผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบล หนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart¹⁵ โดยความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย กระบวนการวิจัยมีลักษณะต่อเนื่อง ตามแนวคิด วงจร PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) ขั้นทำความเข้าใจปัญหาในพื้นที่ และยก ร่างรูปแบบฯ 2) การนำไปปฏิบัติการตามรูปแบบ (Action) 3) การสังเกต (Observation) ติดตาม ความก้าวหน้าการดำเนินงาน และ 4) การประเมิน

ผลลัพธ์ (Reflect) มีการร่วมกันประเมินผลและมีการปรับปรุงแผนใหม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์เฉพาะของชุมชน จนเกิดความพึงพอใจในการดำเนินการตามรูปแบบฯ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป และสรุปผลรูปแบบพัฒนาและผลการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในชุมชนจำนวน 955 คนรวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นตัวแทนประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบรพ.สต.หนองบก ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์

พื้นที่ดำเนินการศึกษา ตำบลหนองบก อำเภอลำเลียง จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ รายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลการพลัดตกหกล้มเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) มี 2 ชุด ดังนี้ 1) แบบประเด็นคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) แบบประเด็นคำถามสำหรับสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบก เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำเลียง นายก/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน และผู้ใหญ่บ้านเพื่อสอบถามประเด็นความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวทางการคัดกรองความเสี่ยง การดูแลสุขภาพและแนวทางการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นต้น

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยทำการทดสอบโดยการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และมีการ

ปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มี 4 ชุด ได้แก่

1) แบบสำรวจข้อมูลการพลัดตกหกล้ม

แบบสำรวจข้อมูลการพลัดตกหกล้ม เป็นแบบฟอร์มสำหรับ อสม. หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มีบทบาทในการเข้าคัดกรองผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อประเมินสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในชุมชนโดยใช้แบบคัดกรอง 9 ด้าน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2) แบบประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยง

รายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ (Mini CARE PLAN for Falling Prevention in Ageing) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Haddon Matrix ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์และพัฒนามาตรการป้องกันการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในวงการสาธารณสุขและการป้องกันการบาดเจ็บ⁽¹⁶⁾ และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นแบบฟอร์มสำหรับ อสม. หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มีบทบาทในการเข้าคัดกรองผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อประเมินความรู้และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มรายบุคคล แบ่งเป็นปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมเสี่ยง 2) ด้านสิ่งแวดล้อม 3) ด้านกิจกรรมที่ควรได้รับ และ 4) ด้านหน่วยงานที่รับผิดชอบ และการวางแผนแก้ไขปัญหารายบุคคล

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในชุมชนผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงรูปแบบของแบบสอบถาม ความเหมาะสมด้านภาษา ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของ การใช้เวลาในการตอบ ทั้งนี้ เครื่องมือที่มีความถูกต้องและมีความตรงของเนื้อหา มีค่าดัชนี

IOC ที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ซึ่งค่า IOC ที่ได้คือ 0.65

3) แบบประเมินความรอบรู้ ความเข้าใจ ต่อปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป **ส่วนที่ 2** การเข้าถึงข้อมูลความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 3 ข้อ **ส่วนที่ 3** ความรอบรู้ ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านความเข้าใจ จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการไต่ถาม จำนวน 1 ข้อ 3) ด้านการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านการนำไปปฏิบัติ จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยข้อคำถาม ที่ตอบ “ใช่” และข้อคำถามที่ตอบ “ไม่ใช่”

เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบโดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

จากนั้นนำคะแนนความรอบรู้มารวมกัน และจัดระดับความรอบรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom (1971)⁵ ดังนี้

ได้คะแนน ร้อยละ 80 - 100 มีความรอบรู้ในระดับ มาก

ได้คะแนน ร้อยละ 60 - 79 มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง

ได้คะแนน น้อยกว่า ร้อยละ 60 มีความรอบรู้ในระดับน้อย

การหาคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงรูปแบบของแบบสอบถาม ความเหมาะสมด้านภาษา ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของการใช้เวลาในการตอบ จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้ว จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.73

4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อในรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบ่งเกณฑ์ประเมินโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เป็น 5 ระดับ จากคะแนน 1 – 5 ได้แก่ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์ให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (4.50–5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.50–4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50–2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00–1.49 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการวิจัย (Pre-Research Phase) เป็นการการเข้าถึงอาสาสมัครศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินความรอบรู้และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Mini CARE PLAN for Falling Prevention in Ageing)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย (Research Phase) ดำเนินการพัฒนาระบบการรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหนองบก อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี การศึกษาเป็น วงจรการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในสภาพที่พึงปรารถนา (Planning) การลงมือปฏิบัติตามแผน (action) การสังเกตการณ์ (observation) และสะท้อนผลลัพธ์ (reflect) คือการทบทวนอย่างพินิจพิเคราะห์ร่วมกัน นำไปสู่การปรับแผนและปฏิบัติใหม่อีกครั้ง ดำเนินการเป็นจำนวน 2 วงรอบ ประกอบไปด้วยกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง ดังนี้

การวางแผน(Planning)

ประชุมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมการประชุมชี้แจงรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยใช้เวลา 60 นาที

ประชุมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อสอบถามประเด็นตามแบบประเด็นคำถาม โดยแบ่ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้เวลา 60 นาที กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลา 60 นาที

ประชุมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.หนองบก สสอ.เหล่าเสือโก้ก นายก/รองนายก อบต.หนองบก กำนัน และผู้ใหญ่บ้านเพื่อสอบถามประเด็นความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวทางการคัดกรองความเสี่ยง การดูแลสุขภาพและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ใช้เวลา 90 นาที

ประชุมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์พัฒนา

แผนปฏิบัติการรายละเอียดที่ระบุถึงกลยุทธ์และกิจกรรมที่จะดำเนินการ ออกแบบกิจกรรมโปรแกรมการออกกำลังกาย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และการใช้เครื่องช่วยต่าง ๆ ในการจัดตั้งทีมแกนนำ กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของผู้มีส่วนได้เสียร่วมกันวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ กำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติ ได้ยกร่างพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ใช้เวลา 1 วัน

การปฏิบัติการตามรูปแบบ (Action)

ประชุมครั้งที่ 5 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสมรรถนะและองค์ความรู้ในรูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการใช้แบบประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อกำหนดแผนแก้ปัญหารายบุคคลและ/ชุมชน สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. (ทีมครู ก) ก่อนมีการนำรูปแบบวงจรรอบที่ 1 ที่สร้างขึ้นไปปฏิบัติและติดตามประเมินผล ใช้เวลา 1 วัน

ประชุมครั้งที่ 6 ครู ก จัดฝึกอบรมผู้ดูแลและผู้สูงอายุเกี่ยวกับการค้นหาความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน การจัดทำแผนแก้ไขปัญห และ และรูปแบบกิจกรรมการป้องกันการล้ม 3

ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจ การออกกำลังกาย และการปรับสิ่งแวดล้อม ใช้เวลา 1 วัน

การสังเกต (Observation)

ประชุมครั้งที่ 7 ประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติตามรูปแบบฯ วงรอบที่ 1 ภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบ วงรอบที่ 1 ครบ 3 เดือน ติดตามความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติ

ประชุมครั้งที่ 8 สะท้อนการปฏิบัติตามรูปแบบฯ วงรอบที่ 2 และติดตามประเมินผล วงรอบที่ 2 ภายหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้

การสะท้อนผลลัพธ์ (Reflection)

ประชุมครั้งที่ 9 จัดเวทีสะท้อนผลการดำเนินงาน ความสำเร็จ และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

แผนกิจกรรม และกระบวนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ใหม่ และสรุปผลรูปแบบพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล (Evaluation Phase) นำเสนอและยืนยันข้อมูลผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การสะท้อนความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมาจัดกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์ด้วย Content Analysis ให้ได้ประเด็นสำคัญในการนำไปกำหนดรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ให้เห็นกลไกและแนวทางการคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยง ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคลและด้านสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่ควรได้รับอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการส่งต่อหน่วยงานรับผิดชอบได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยจะยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักการเคารพในสิทธิส่วนบุคคล 2) ยึดหลักคุณประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และ 3) ยึดหลักยุติธรรมของกลุ่มตัวอย่าง มีความระมัดระวังในการดำเนินการในทุกขั้นตอน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 955 คน ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 99.33 พบผู้สูงอายุเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 11.74 เมื่อสุ่มประเมินฯ กลุ่มตัวอย่างพบผู้สูงอายุที่มีประวัติพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 ครั้ง มากถึง ร้อยละ 63.33 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการล้มนอกบ้าน ร้อยละ 57.89 และล้มในเวลากลางวัน ร้อยละ 47.37 สาเหตุมาจากการสะดุดมากที่สุด ร้อยละ 26.31

1. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

จากการศึกษาและสรุปผลการดำเนินงานรูปแบบเดิม ๆ นำสู่การพัฒนาแบบใหม่ โดยมีการนำเครื่องมือซึ่งเป็นแบบประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ (Mini CARE PLAN for Falling Prevention in Ageing) สำหรับ ให้ อสม. หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อประเมินความรอบรู้และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มรายบุคคล กระบวนการดำเนินงานในชุมชนครั้งนี้ที่พัฒนาขึ้น สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุรายบุคคลในการวางแผนแก้ไขปัญหารวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น เน้นสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิในการคัดกรอง ป้องกันและดูแลผู้สูงอายุไม่ให้เกิดการพลัดตกหกล้ม โดยองค์ประกอบของรูปแบบ

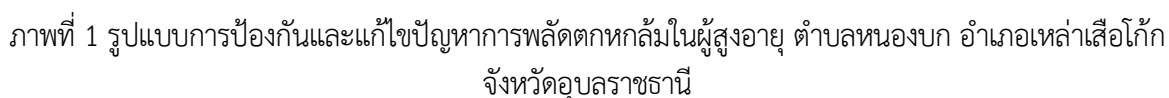
การป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1) ใช้แบบประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ (Mini CARE PLAN for Falling Prevention in Ageing) ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบ HADDON Matric เป็นแบบฟอร์มให้สำหรับ อสม. หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มีบทบาทในการเข้าคัดกรองผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อประเมินความรอบรู้และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มรายบุคคล แบ่งเป็นปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1.1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมเสี่ยง 1.2) ด้านสิ่งแวดล้อม 1.3) ด้านกิจกรรมที่ควรได้รับ 1.4) ด้านหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งมุ่งแก้ไขปัจจัยก่อนเหตุการณ์ : การดำเนินการหรือสภาพแวดล้อมที่สามารถลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ได้ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้รถ 2.) Event ขณะเหตุการณ์: การดำเนินการหรือมาตรการที่สามารถลดความรุนแรงของการบาดเจ็บเมื่อเกิดเหตุการณ์แล้ว เช่น การใช้เข็มขัดนิรภัย 3.) Post-event (หลังเหตุการณ์): การดำเนินการหรือการดูแลที่สามารถลดผลกระทบหรือฟื้นฟูหลังจากการบาดเจ็บ เช่น ให้ความช่วยเหลือฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว 4.) Rehabilitation (ฟื้นฟู): กระบวนการฟื้นฟูสุขภาพหลังจากการบาดเจ็บเพื่อคืนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) จัดอบรมพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายทีมครู ก. ในอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อพัฒนาศักยภาพการคัดกรอง ให้คำแนะนำและการส่งต่อผู้มีความเสี่ยงฯ 1 วัน รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหนองบก กิจกรรมประกอบด้วย การซักประวัติความเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต คัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล (Mini care plan) การวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พร้อมประเมินการเคลื่อนไหวและวางแผนแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลด้วย Mini

5) ติดตามเยี่ยมและประเมินบ้านที่อยู่อาศัย
เพื่อแนะนำ ปรับปรุงแก้ไขให้บ้านปลอดภัยสำหรับ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหนองบก
อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ดังภาพที่ 1



2.1 ผลความพึงพอใจของ อสม. และ
เจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบกระบวนการฯ ใหม่ ผลการ
วิเคราะห์ความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่างต่อการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบกระบวนการฯ ใหม่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.82) และความพึงพอใจในการใช้แบบประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ (Mini CARE PLAN for Falling Prevention in Ageing) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, S.D.=0.76)

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับน้อย และรายด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพมีการปฏิบัติน้อยที่สุด หลังดำเนินการรูปแบบกระบวนการฯ ใหม่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองมีการปฏิบัติน้อยที่สุด

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มก่อนดำเนินการรูปแบบกระบวนการฯ ใหม่ เท่ากับ 2.1 และหลังการดำเนินการรูปแบบกระบวนการฯ ใหม่ เท่ากับ 15.8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มหลังดำเนินการรูปแบบกระบวนการฯ ใหม่โดยรวมและรายด้านทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ที่พัฒนาขึ้นอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. การบริการดูแลผู้สูงอายุในการคัดกรองเพื่อประเมินความรอบรู้ ปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พร้อมคำแนะนำกิจกรรมที่ควรได้รับ รวมถึงบทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการร่วมรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ตามแบบประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ (Mini CARE PLAN for Falling Prevention in Ageing) ทำให้สามารถวิเคราะห์เหตุการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในมิติที่หลากหลายและครอบคลุม ทั้งในแง่ของการป้องกันก่อนเกิดเหตุ การลดผลกระทบเมื่อเกิดเหตุ และการฟื้นฟูหลังเหตุการณ์ รวมทั้งยังช่วยในการระบุจุดที่ควรปรับปรุงเพื่อเพิ่มความปลอดภัย¹⁶ มีการเตรียมความพร้อมของการใช้แบบประเมิน มีการจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะ ให้ความรู้กับเครือข่ายทีมครู ก. ในอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อพัฒนาศักยภาพการคัดกรอง ให้คำแนะนำและการส่งต่อผู้มีความเสี่ยงฯ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพรรณิ เตรียมวิศิษฐ์และคณะ¹⁷ ที่พบว่าต้องมีการเตรียมเจ้าหน้าที่ทุกระดับ รวมทั้งให้ความรู้อย่างถูกต้องในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ผลดียิ่งขึ้น และการใช้แนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันตั้งแต่แรก จะทำให้มีการวางแผนการพยาบาลได้ดีขึ้น รวมถึงการมอบหมายงานให้กับสมาชิกอย่างถูกต้องและครอบคลุม โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินแรกเริ่ม ซึ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักมากขึ้นในการประเมินผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบประเมินโดยการให้ความเห็นเกี่ยวกับความสะดวกในการใช้งาน การปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เป็นต้น

การประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและรอบบ้านให้ปลอดภัย ซึ่งจากการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการลื่นนอกบ้าน ร้อยละ 58.33 และสาเหตุมาจากการสะดุดมากที่สุด ร้อย

ละ 26.67 หลังเข้าร่วมกระบวนการฯ และระยะติดตามผลพบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ภายในบ้าน - ภายนอกบ้านอย่างเป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดินเป็นประจำ และระยะติดตามผลพบว่า พฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมด้านแสงสว่างภายใน - ภายนอกบ้านให้เพียงพอต่อการทำกิจกรรมซึ่งสอดคล้องกับจิตติมา ทาสวรรณอินทร์¹⁸ พบว่าสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการหกล้มทั้งภายในและภายนอกบ้าน โดยถ้าหากสิ่งแวดล้อมนั้นมีแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น พื้นเรียบไม่สม่ำเสมอ และมีสิ่งกีดขวาง เช่น ธรณีประตู สายไฟวัดเสกต่างบ้านต่าง ๆ เป็นต้น ควรมีการประเมินสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์รัตน์ ผลอินทร์¹⁹ ที่พบว่า 1 ใน 3 พฤติกรรมซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มจากปัจจัยภายนอก คือการไม่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยจัดวางเครื่องเรือน-เครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย (Mean=2.58, SD= 1.00) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของธีรภัทร อติวิจิตรการ²⁰ ได้ระบุว่า การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยมีการลงพื้นที่จริง เพื่อสำรวจและประเมินสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับปรุงที่อยู่อาศัยได้เองตามความเหมาะสม

2. การจัดอบรมให้ความรู้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีกิจกรรมคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล การวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พร้อมประเมินการเคลื่อนไหว ฝึกการออกกำลังกายด้วยแรงต้านโดยใช้ยางยืด และวางแผนแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลด้วย Mini care plan จะสามารถลดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของวิวรรณ พงศ์พัฒนานนท์²¹ มีการพัฒนาโปรแกรมสร้างความตระหนักและความรอบรู้ต่อการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเมื่อนำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองใช้ในการสร้างความตระหนักต่อการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ต่อเนื่องรวมระยะเวลา 10 สัปดาห์ คะแนนความรอบรู้ด้านการออกกำลังกายโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเมื่อเทียบก่อน และหลังใช้โปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.045$) รวมถึงระดับความสามารถด้านการทรงตัวด้วย Timed Up and Go test หลังใช้โปรแกรมฯ ค่ามัธยฐานความสามารถด้านการทรงตัวของกลุ่มทดลอง ก่อนใช้โปรแกรมฯ และหลังใช้โปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (median 10.27 และ 7.52 วินาที ตามลำดับ, $p=0.001$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยรัฐภัทร บุญมาทอง²² ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 60 คน พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) สร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม 2) ให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม 3) เสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม และ 4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การจัดกิจกรรมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลทางหอกระจายข่าว รวมถึงการติดตามเยี่ยมและประเมินบ้านที่อยู่อาศัยอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การมุ่งเน้นให้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อบต. ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. กลุ่มเพื่อน รวมถึงญาติที่จะช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก การมีส่วนร่วมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่งผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตติมา ทาสวรรณอินทร์⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 7 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 5-6 มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วม

โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการพลัดตก หกล้มลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของวิลาวรรณ สมตน²³ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพรมีการสนับสนุนในการติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความพร้อมและสมัครใจ เพื่อประเมินและกระตุ้นในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ติดตามการตรวจสอบ วัสดุสายตาด้วยตนเองและการฝึกการทรงตัวโดยการ ลูก – นั่งเก้าอี้ รวมทั้งการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนการใช้คำพูดในการชื่นชมหรือให้กำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในด้านการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุตามหลักการออกกำลังกาย เพื่อที่จะได้นำข้อมูลปรับปรุงรูปแบบจนสามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการออกกำลังกายและสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

2. ควรมีการดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งอำเภอหรือขยายผลในบริบทอื่นโดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ควรได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งเสริมความรู้การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยฝึกการทรงตัวและการออกกำลังกายตามโปรแกรมที่วางแผนไว้ เพื่อป้องกันการหกล้มของ ทั้งผู้ที่เคยมีประวัติการหกล้มเพื่อลดโอกาสเกิดการหกล้มซ้ำและป้องกันรายใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์ จำกัด. กันยายน 2565.
2. กองการป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564). รายงานประจำปี 2564. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์. กรุงเทพฯ หน้า 65-69
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. 2562
4. ภาวดี วิมลพันธ์ และคณะ. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. NUPH (วารสาร พ.ส.) [Internet]. 2014 Feb. 25 [cited 2024 Jun. 22];23(3):98-109. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/16632>
5. Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Older Adult Falls: Get the Facts. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/falls/adultfalls.html>
6. แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์, จิตอนงค์ ก้าวกลีกรรม, และสุจิตรา บุญหยง. (2548). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการการศึกษาเรื่องการทรงตัวและหกล้มในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
7. นนุช วงศ์สว่าง และคณะ (2560). ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 10(3), 2492-2506.
8. กมลทิพย์ หล้ามัน. (2558). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลพยอมเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลาพูน. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
9. เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย และอัมพรพรรณ อีรานูตร (2553).การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนวิทยานิพนธ์.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น.

10. McMahon S., Talley K. & Wyman J. (2011) Older people's perspectives on fall risk and fall prevention programs: a literature review. *International Journal of Older People Nursing* 6, 289–298
11. ละออม สร้อยแสง, จริยวัตร คมพาศน์ และกนกพร นทีชนสมบัติ. (2557). การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชน มิตรภาพพัฒนา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15, 122-128)
12. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 27 พฤษภาคม 2566. สืบค้นจากเว็บไซต์ <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=34617&deptcode=> . เข้าถึงวันที่ 1 พ.ย.2566)
13. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2565 (HDC.) ณ วันที่ 27 พฤษภาคม 2566. สืบค้นจากเว็บไซต์ <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=34617&deptcode=> . เข้าถึงวันที่ 1 พ.ย.2566
14. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2565 (HDC.)
15. Kemmis S, McTaggart R. (1988) *The ActionResearch Reader*. 3rded. Australia:Deakin University Press;1988.
16. Haddon, W. Jr. (1972). A logical framework for categorizing highway safety phenomena and activity. *The Journal of Trauma*, 12(3), 193–207.
17. สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์และคณะ (2548). ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการพลัดตกหกล้มและตกเตียงในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลสวนดอก*. 12(2), 8-18.
18. จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ. (2559). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่*.
19. ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์และคณะ (2560).ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม และ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(1), 36-50.
20. อธิภัทร อติวิจิตรการ. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(4), 288-298.
21. วิวรรณ พงศ์พัฒนานนท์ (2566). การพัฒนาโปรแกรมสร้างความตระหนักและความรอบรู้ต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*. 31(2), 191-206.
22. รัศมีภัทร บุญมาทอง. (2558). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยคริสเตียน*.
23. วิลาวรรณ สมตน. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(3), 58-70.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Patients with Laryngeal Cancer Receiving Radiotherapy : Two Case Studies
(Received: September 21,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

เสาวลักษณ์ กิณเรศ¹
Saowalak Kinnares

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียงและได้รับการรักษาโดยการฉายแสง การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นเพศชาย รายแรกอายุ 59 ปี รายที่สองอายุ 56 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียงและได้รับการฉายแสง รายแรกมีปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และมีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนรายที่สองไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบร่วมกัน ได้แก่ เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่คอ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการฉายแสง สูญเสียภาพลักษณ์จากการมีท่อเจาะคอ วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา และการสื่อสารบกพร่อง ผลการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาล, มะเร็งกล่องเสียง, การฉายแสง, การประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน, การฟื้นฟูสภาพ

Abstract

This case study aims to provide a guideline for nursing care of patients with laryngeal cancer receiving radiotherapy. It involves a comparative study of two purposively selected patients diagnosed with laryngeal cancer undergoing radiotherapy. Data were collected from patients' medical histories, and nursing diagnoses were determined using Gordon's 11 functional health patterns to identify problems and plan nursing interventions accordingly. Nursing outcomes were summarized and evaluated.

Results: Both patients are male; the first is 59 years old, and the second is 56 years old. Both were diagnosed with laryngeal cancer and received radiotherapy. The first patient had risk factors from smoking and malnutrition, while the second patient did not have these risk factors. Common nursing diagnoses included risk of surgical site infection at the neck, risk of complications from radiotherapy, disturbed body image due to tracheostomy, anxiety due to lack of knowledge about the disease and treatment, and impaired communication. Nursing outcomes showed that patients were able to recover physically, perform daily activities, had no severe complications, and improved quality of life.

Keywords: Nursing care, Laryngeal cancer, Radiotherapy, Gordon's functional health patterns assessment, Rehabilitation

บทนำ

มะเร็งกล่องเสียงเป็นโรคมะเร็งที่พบได้ในระบบ
ศีรษะและลำคอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในด้านการพูด
การหายใจ และการกลืน ในปี พ.ศ. 2561 รายงาน
GLOBOCAN ได้รายงานสถิติอุบัติการณ์และการ

¹ โรงพยาบาลขอนแก่น

เสียชีวิตของมะเร็ง 36 ชนิดใน 185 ประเทศ พบว่า มะเร็งในศีรษะและลำคอ ซึ่งรวมถึงมะเร็งริมฝีปากและช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งคอหอยส่วนจมูก มะเร็งคอหอยส่วนปาก และมะเร็งคอหอยส่วนล่าง มีอัตราการเกิดประมาณ 2.8% ของมะเร็งทั้งหมดทั่วโลก และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ประมาณ 2.6%¹

สำหรับประเทศไทย มะเร็งในศีรษะและลำคอ ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ แม้ว่าจะไม่เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด แต่ในบางกลุ่มประชากร โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีความชุกของมะเร็งชนิดนี้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ชายที่พบมากกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญ² สำหรับมะเร็งกล่องเสียง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมะเร็งในศีรษะและลำคอ พบว่าเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในประชากรไทย โดยเฉพาะในผู้ชายที่มีปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ การรักษา มะเร็งกล่องเสียงส่วนใหญ่ใช้วิธีการฉายแสง ซึ่งมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค และสามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะเริ่มแรก อย่างไรก็ตาม การฉายแสงอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่ทำลายต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น การระคายเคืองของผิวหนัง อาการเจ็บคอ การกลืนลำบาก และการเปลี่ยนแปลงในความสามารถในการพูดและกลืน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก³ ปัจจุบันยังพบว่ามีผลข้างเคียงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการฉายแสง เช่น ขาดแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนในการจัดการกับผลข้างเคียง และการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมที่ยังไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งอาจส่งผลต่อการฟื้นตัวและความร่วมมือในการรักษา⁴

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการฉายแสงนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในกระบวนการรักษา ทำหน้าที่ประเมินและจัดการผลข้างเคียง ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม การที่

พยาบาลมีความรู้และทักษะในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากการฉายแสง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเพิ่มโอกาสในการรักษาที่ประสบผลสำเร็จ⁵

ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง จำนวน 2 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการฉายแสงในบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษานี้จะช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะในด้านการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการฉายแสง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และสามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับบริบททางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย การดำเนินของโรค การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง จำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการ

ในการศึกษานี้ใช้กระบวนการพยาบาล และแนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ตามกระบวนการพยาบาล⁶ โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการฉาย

แสง ในจังหวัดขอนแก่น ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย จำนวน 2 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และประเมินภาวะสุขภาพวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเสนอโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย การเปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิก 2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย และการเปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิก ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างทางด้านอายุและสถานภาพ โดย รายที่ 1 อายุ 59 ปี และรายที่ 2 อายุ 56 ปี ทั้งสองราย เป็นเพศชาย รายที่ 1 มีอาชีพพ่อบ้าน ขณะที่รายที่ 2 เป็นพระภิกษุ ทั้งสองรายนับถือศาสนาพุทธ

ในส่วนของน้ำหนักและส่วนสูง ผู้ป่วยรายที่ 1 มี ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 40.5 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 15.81 kg/m² ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมาก สะท้อนถึงภาวะโภชนาการที่ไม่เพียงพอและอาจต้องการการดูแลด้านโภชนาการเป็นพิเศษ ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีส่วนสูง 165 เซนติเมตร น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 23.14 kg/m² ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากกรณีศึกษาทั้งสองราย เมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎีสาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดง การรักษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎีสาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดง และการรักษา พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งกล่องเสียง อย่างชัดเจน ได้แก่ การสูบบุหรี่วันละ 10-20 มวน เป็นเวลามากกว่า 10 ปี และการดื่มสุราทุกวัน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรค ในขณะที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ไม่พบปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว

ทั้งสองรายถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน โดยผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ถูกส่งต่อมาด้วยภาวะ Congenital biliary dilatation และมีอาการร่วม ได้แก่ เหนื่อยเพลีย หายใจไม่อิ่ม และไอเรื้อรัง หลังจากเข้ารับการ รักษา ได้รับการส่งต่อไปยังคลินิกหู คอ จมูก ซึ่งจากการตรวจด้วย Fiberoptic Laryngoscopy (FOL) พบก้อนเนื้อที่เส้นเสียงแท้และเส้นเสียงเทียมด้านซ้าย (mass at left TVC + FVC), เส้นเสียงแท้ด้านซ้ายเป็น อัมพาต (left TVC palsy), ต่อมน้ำลายพารอดิด ด้านซ้ายโต (enlarged left parotid) จึงสงสัยว่าเป็น มะเร็งกล่องเสียง ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มาด้วยการ วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียงบริเวณเส้นเสียง (CA Glottic) โดยใส่ท่อช่วยหายใจ (portex tube) รับการ รักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และต้องการ มารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลขอนแก่น

ด้านภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีค่า ดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 15.81 kg/m² ซึ่งต่ำกว่า เกณฑ์มาตรฐานอย่างมาก แสดงถึงภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ เกี่ยวข้องกับการขาดสารอาหาร เช่น ภูมิคุ้มกันลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง และอาจส่งผลต่อการฟื้นตัวจากการ รักษาด้วยการฉายรังสีหรือเคมีบำบัด ในขณะที่ผู้ป่วย กรณีศึกษาที่ 2 มีค่า BMI เท่ากับ 23.14 kg/m² ซึ่งอยู่ใน เกณฑ์ปกติ ไม่มีปัญหาด้านโภชนาการ ทั้งสองรายได้รับการรักษาด้วยการเจาะคอ (tracheostomy) โดยผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการ เจาะคอหลังจากเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ส่วน ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการเจาะคอก่อนที่จะถูกส่ง ตัวมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น

การวิเคราะห์: ความแตกต่างในปัจจัยเสี่ยงและ ภาวะโภชนาการระหว่างผู้ป่วยทั้งสองรายส่งผลต่อการ วางแผนการพยาบาลและการดูแลที่แตกต่างกัน ผู้ป่วย กรณีศึกษาที่ 1 ต้องการการดูแลด้านโภชนาการเป็น พิเศษ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการขาด สารอาหาร และการสนับสนุนในการเลิกสูบบุหรี่และดื่ม

สุรา ในขณะที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เนื่องจากเป็นพระภิกษุและมีบทบาททางศาสนา

สรุป: การประเมินและเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้งสองรายทำให้เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนการพยาบาลที่คำนึงถึงปัจจัยเฉพาะบุคคล ทั้งด้านปัจจัยเสี่ยง ภาวะโภชนาการ และความต้องการทางด้านจิตใจและสังคม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกพบว่า ชนิดของมะเร็งทั้งสองรายเป็น Squamous cell carcinoma ที่มีการพัฒนาเซลล์ในระดับปานกลาง (Moderately differentiated) โดยตำแหน่งของมะเร็ง ผู้ป่วยรายที่ 1 มีมะเร็งที่เส้นเสียงแท้และเทียมด้านซ้าย ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีมะเร็งที่บริเวณเส้นเสียง (Glottis) ทั้งสองด้าน ซึ่งตำแหน่งและการกระจายของมะเร็งอาจส่งผลต่อการเลือกวิธีการรักษาและการพยากรณ์โรค จากผล CT Scan พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังปอด ต้องเฝ้าระวังอาการและวางแผนการรักษาที่ครอบคลุม ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มะเร็งยังจำกัดอยู่ในกล่องเสียง ไม่มีการแพร่กระจาย ช่วยให้การพยากรณ์โรคดีกว่า

การรักษาของผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วย Def CCRT ซึ่งเป็นการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด เป็นการรักษาหลักเนื่องจากมะเร็งอาจอยู่ในระยะที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือผู้ป่วยไม่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วย

Adjuvant EBRT หลังจากการผ่าตัด ร่วมกับการฉายแสงเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจเหลืออยู่ สำหรับระยะเวลาการเริ่มต้นรักษาโดยการฉายแสง ผู้ป่วยรายที่ 1 เริ่มรับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 แต่การฉายแสงเริ่มต้นใกล้เคียงกัน

การวางแผนการพยาบาล ต้องปรับให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงภาวะทางกาย จิตใจ และสังคม ในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน สำคัญทั้งสองราย แต่ลักษณะของภาวะแทรกซ้อนอาจแตกต่างกัน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยทั้งสองรายทำให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินและวางแผนการพยาบาลที่คำนึงถึงปัจจัยเฉพาะบุคคล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสงต้องการการดูแลแบบองค์รวม ที่รวมถึงการจัดการด้านกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

การเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนในกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาหลายด้านที่คล้ายกัน โดยเฉพาะเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โภชนาการ และการเผชิญความเครียด แต่ในบางด้านมีความแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาเรื่องการรับรู้ตนเองและคุณค่าในชีวิต แบบแผนสุขภาพที่คล้ายกัน

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
- เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน	- เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน
- ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	- ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่คอ	- เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่คอ
- เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการฉายแสง	- เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการฉายแสง

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
- มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์	- เสี่ยงต่อภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์
- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องผูก	- ไม่พบปัญหา
- ความทนทานต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากภาวะมะเร็งกล่องเสียง และภาวะทุพโภชนาการ	- ความทนทานต่อกิจกรรมลดลง
- การนอนหลับไม่เพียงพอ	- การนอนหลับไม่เพียงพอ
- สูญเสียสภาพลักษณะจากการมีท่อเจาะคอและท่อสำหรับให้อาหารทางกระเพาะ	- สูญเสียสภาพลักษณะจากการมีท่อเจาะคอ
- การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากได้รับการเจาะคอ	- การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากผ่าตัดกล่องเสียงและเจาะคอ
- ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง	- ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง
- มีความเสี่ยงต่อความขัดแย้งด้านคุณค่าและความเชื่อ	- มีความเสี่ยงต่อการปรับตัวทางด้านศาสนา เนื่องจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อบทบาทและการปฏิบัติศาสนกิจ

จากตารางที่ 2 จากการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า ข้อวินิจฉัยส่วนใหญ่คล้ายกัน โดยข้อที่คล้ายกันในเรื่องของความวิตกกังวล การสื่อสารบกพร่องจากการใส่ท่อเจาะคอ สูญเสียสภาพลักษณะจากการมีท่อเจาะคอ ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่คอ เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสี แต่สิ่งที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนคือ สถานะทางโภชนาการของผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีปัญหาทุพโภชนาการ และผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งเป็นพระสงฆ์ที่มีผลกระทบต่อบทบาททางศาสนาและจิตวิญญาณ

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียง แต่อยู่ในตำแหน่งที่แตกต่างกัน รายที่ 1 เป็นมะเร็งกล่องเสียงที่บริเวณ Left TVC และ FVC ขณะที่รายที่ 2 เป็นมะเร็งกล่องเสียงบริเวณ Glottis ซึ่งมีความหมายว่าตำแหน่งของมะเร็งมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา การรักษาด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัดถูกใช้ในทั้งสองราย โดยมีการปรับการรักษาตามสภาวะของแต่ละคน ทั้งนี้ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความเสี่ยงน้อยกว่า

ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะทุพโภชนาการ แต่ยังคงมีความเสี่ยงต่อภาวะการอุดตันทางเดินหายใจจากการใส่ท่อเจาะคอ⁷

ด้านภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาด้านโภชนาการ โดยเฉพาะภาวะทุพโภชนาการที่อาจส่งผลต่อการฟื้นตัวและการตอบสนองต่อการรักษา นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีค่า BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่า แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังในเรื่องการตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัด ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยรายที่ 1 ควรให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูโภชนาการ โดยการจัดโปรแกรมอาหารเสริมที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการขาดสารอาหารและเสริมสร้างการฟื้นฟูของร่างกายหลังการรักษา⁸

จากการศึกษากรณีผู้ป่วยทั้งสองรายที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงสำหรับมะเร็งกล่องเสียง พบว่าการฉายแสงถือเป็นการรักษาหลักที่มีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมและกำจัดเซลล์มะเร็ง แต่ในขณะเดียวกันก็สามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังและจัดการอย่างใกล้ชิด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการติดตามผลข้างเคียง และให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการ

จัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการฉายแสง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา การสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวและจัดการกับผลข้างเคียง จากการรักษาจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลด โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง⁹

ด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณและบทบาททางสังคม: ผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งเป็นพระสงฆ์ มีปัญหาเกี่ยวกับการ ปรับตัวด้านจิตวิญญาณและบทบาททางศาสนา เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยและการรักษาที่อาจส่งผล

ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจทางศาสนาและการใช้ ชีวิตในฐานะพระสงฆ์ การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจะช่วยลด ความวิตกกังวลและส่งเสริมการฟื้นตัว¹⁰

ข้อเสนอแนะ

บทบาทของพยาบาลในการบูรณาการการ พยาบาลแบบองค์รวม เสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว รวมถึงการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกล่อง เสียงที่ได้รับการฉายแสง

เอกสารอ้างอิง

1. พิชิต สิทธิไตรย์. (2562). มะเร็งศีรษะและคอ (Head and Neck Cancer). เชียงใหม่: ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). รายงานสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย ปี 2558-2560. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. พรชกร แสงแก้ว, & คณะ. (2562). ความผิดปกติของมะเร็งช่องปาก: ลักษณะทางคลินิกและการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง: Oral Potentially Malignant Disorders: Clinical Manifestations and Malignant Transformation. ทันตสาร, 40(3), ก.ย.-ธ.ค. 2562.
4. ขวัญแพง ผดุงชาติ. (2562). การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). Retrieved from [URL if available].
5. อัคริยา ชุมะโชติ. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. มะเร็งวิทยา: วารสารสมาคมรังสีรักษาและ มะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, 22(1), 24-33.
6. พงศ์ คำ ติลกสกุลชัย. (2552). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: พริน-วัน.
7. วิไลวรรณ มากมี. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
8. ชาวลิต เลิศบุษยานุกุล, & ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. (2546). การฟื้นฟูวิชาการหลักการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมี บำบัด. กรุงเทพฯ: ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. ผกาภรณ์ พินิจจันทรานุกุล. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมดและการเลาะต่อม น้ำเหลืองบริเวณคอออกทั้งหมด: กรณีศึกษา 3 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 13(1), 88-104.
10. กาญจนา ดาวประเสริฐ, ยุพิน ชันนาม, วิลาวัลย์ เชิงปัญญา, สุจิตรา ธรรมวงศ์, นงนุช เชื้อเมืองพาน, & ลาวัลย์ อารมณ. (2558). การศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งต่อคุณภาพการบริการแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, 21(1), 79-86.

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลว : กรณีศึกษา Nursing care for patients with acute myocardial infarction with ST-elevation and heart failure. : A case study

(Received: September 21,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

อภิญญา กิตติคุณ¹
Apinya Kittikun¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย โดยศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน 2566 - เดือนตุลาคม 2566

ผลการศึกษา : พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยอายุ 66 ปี อาชีพเกษตรกร ไม่มีโรคประจำตัว สูบบุหรี่ 10 – 15 มวนต่อวัน มาโรงพยาบาลด้วยเจ็บหน้าอกซ้าย ร้าวไปกราม เจ็บทะลุหลัง Pain score 10/10 คะแนน แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI Anterior wall ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยอายุ 48 ปี อาชีพทำประมง ไม่มีโรคประจำตัว เจ็บหน้าอก เหงื่อแตกตัวเย็น Pain score 10/10 คะแนน แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI Inferior wall ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการฉีดสลายหัวใจ ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และได้รับการฉีดสลายหัวใจ เปรียบเทียบทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันด้านอายุ และมีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกัน คือ สูบบุหรี่ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Cardiogenic Shock และมีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย ทำให้ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ และยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ และใส่ท่อช่วยหายใจ การประเมิน ผลการวางแผนการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ในภาวะฉุกเฉินต่อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนได้

คำสำคัญ : กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

This case study aimed to study and compare the disease progression, treatment and nursing care of 2 patients with acute ST-elevated myocardial infarction with heart failure. The study was conducted specifically in patients with acute ST-elevated myocardial infarction with heart failure. The study was conducted between April 2023 and October 2023.

Results: Patient 1, a 66-year-old Thai male, farmer, no underlying disease, smoked 10-15 cigarettes per day, came to the hospital with left chest pain, radiating to the jaw, and pain penetrating the back. Pain score 10/10 points. The doctor diagnosed STEMI Anterior wall. Patient 2, a 48-year-old Thai male, fisherman, no underlying disease, chest pain, cold sweats, Pain score 10/10 points. The doctor diagnosed STEMI Inferior wall. Patient 1 received coronary angioplasty. Patient 2 received blood thinning medication and coronary angioplasty. The two patients were different in age and had the same risk factors: smoking. Patient 1 had cardiogenic shock and concomitant heart failure, so he received blood pressure stimulants, cardiac support devices, and intravenous diuretics. Patient 2 had cardiac arrest and required resuscitation and intubation. Assessment and close monitoring of the patient's symptoms provided prompt and correct nursing care in life-threatening situations. Give patients a chance to survive, be safe and reduce complications.

Keywords: Acute myocardial ischemia with heart failure

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลตรัง

บทนำ

สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 สำหรับประเทศไทยในปี 2565 กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7หมื่นราย¹ และมีแนวโน้มสูงมากขึ้นทุกปี สาเหตุจากการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จากการสะสมของไขมัน โปรตีน หลอดเลือดมีการหนาตัวและอักเสบที่ผนังด้านใน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อน หัวใจล้มเหลว หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิต เป้าหมายในการรักษา คือ การเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต²

งานห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลตรัง พบผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก ที่ต้องได้รับการดูแลแบบเร่งด่วน ในปี พ.ศ 2563 – 2566 จำนวน 211,169,141,183 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 18,8,14,21 ราย ตามลำดับ³ การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในภาวะวิกฤติและมีความซับซ้อน พยาบาลและทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการดูแล และประเมินอย่างถูกต้องรวดเร็ว โดยใช้กระบวนการพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การดำเนินโรค การรักษา และใช้เป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความแตกต่าง การรักษา การให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบัน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนเมษายน 2566 - เดือนตุลาคม 2566

ขั้นตอนการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษา 2 ราย
2. ทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสารวิชาการ สื่ออินเทอร์เน็ต
3. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษา เปรียบเทียบกับทฤษฎี การดำเนินโรค การรักษา ปฏิบัติและการประเมินผลการพยาบาล
4. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี มีอายุทำสวนยางพารา รับ Refer จากโรงพยาบาลพญาบาลห้วยยอด ให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลเจ็บหน้าอกซ้าย ร้าวไปกรามและเจ็บทะลุหลัง Pain score 8/10 ค่ะแน่น อ่อนเพลีย 36.5 องศาเซลเซียส หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 18 -20 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 112 /75 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง / นาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST elevate ใน lead V2-V6 แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจโรงพยาบาลตรัง ให้ส่งผู้ป่วยมาฉีดสตีสวนหัวใจ ระหว่างทำการหัตถการผู้ป่วยมีอาการเต้นของหัวใจช้าลง 50 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 77/53 มิลลิเมตรปรอท มีภาวะ Low cardiac out put แพทย์พิจารณาให้ยา Dopamine 250 mg ผสม NSS 100 ml IV 10 ml /hr หลังได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต ความดันยังไม่คงที่ มีความดันโลหิตต่ำ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 26 ครั้ง / นาที วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้ 88 เปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงพิจารณาใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ (Intraaortic Balloon pump : IABP) เพื่อลดการ

ทำงานของหัวใจ และใช้ออกซิเจน Canular 5 ลิตร / มิล ผลการฉีดสีพบว่า เส้นเลือดหัวใจด้านซ้าย LAD ตำแหน่ง Proximal อุดตัน 100 เปอร์เซ็นต์ การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย เป็น SVD ได้รับการทำ PCI with 1 DES to pLAD และย้ายมา Admit หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ขณะรับไว้ในการดูแลและภายหลังการการฉีดสีสวนหัวใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก มีน้ำท่วมปอด มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน แพทย์พิจารณาให้ยาขับปัสสาวะ ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยยังมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ (Intraaortic Balloon pump : IABP) ร่วมกับการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลต้องประเมินอาการ ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด วางแผนการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ออกซิเจนภายใน 24 ชั่วโมง และถอดสายเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจออกได้ภายใน 3 วัน และหยุดใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต ภายใน 4 วัน ได้รับการตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) พบว่ามี Mildly impaired LV systolic function LVEF 45 – 50 เปอร์เซ็นต์ Anterior wall Akinesia ผู้ป่วยสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมไปพักฟื้นหอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะการฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจ แพทย์ให้ปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยฝึกการหายใจ ลูกนั่งบนเตียง และให้เดินในหอผู้ป่วยระยะทาง 150 เมตร เดินขึ้นบันได 1 ชั้นโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก อัตราการเต้นของชีพจร 80-86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/67 มิลลิเมตรปรอท รวมระยะเวลาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี มีอาชีพทำประมง รับ Refer จากโรงพยาบาลเอกชน ให้ประวัติว่า 30 นาทีเจ็บหน้าอกซ้าย เหงื่อแตกตัวเย็น ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส

อัตราการเต้นของหัวใจ 56 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 100 / 62 มิลลิเมตรปรอท Pain score 10 / 10 คะแนน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST elevate ใน lead II III AVF V5 -V6 แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI ได้รับการรักษาด้วยยา ASA 300 mg oral 1 tab , Clopidogrel 75 mg oral 4 tab และ ยา Streptokinase 1.5 MU ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง ขณะให้ยาผู้ป่วยหมดสติ คลำชีพจรไม่ได้ มีภาวะ Cardiac Arrest EKG monitoring show VF ได้รับการทำ Defibrillation 200 จูล เป็นจำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นคลำชีพจรได้อัตราการเต้นของหัวใจ 54 ครั้ง / นาที ได้ยา Atropine 0.6 mg ทางหลอดเลือดดำ หายใจเข้า อัตราการหายใจ 12 ครั้ง / นาที วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้ 98 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 89/54 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร ให้สารน้ำชนิด 0.9 % NaCl 500 ml ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว และส่งตัวมาโรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่ง เพื่อทำการฉีดสีสวนหัวใจ ก่อน Refer สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง / นาที หายใจ On ETT เบอร์ 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร ความดันโลหิต 101 / 64 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้วได้ 100 เปอร์เซ็นต์ ภายหลังฉีดสีสวนหัวใจแล้ว วินิจฉัยว่าเป็น Double Vessel diseases ผลการฉีดสี (Coronary Angiogram: CAG) พบว่าเส้นเลือด LAD : 90 % proximal to mid LAD , 99% Ostial DG , RCA : 99% stenosis mid RCA ได้รับการทำ PCI (Primary Coronary Intervention) to mid RCA with 1 DES ระหว่างทำ PCI ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจ 50 – 56 ครั้ง / นาที มีความดันโลหิตต่ำ 86 / 54 มิลลิเมตรปรอท มีภาวะ Low cardiac output แพทย์พิจารณาให้ยา levophed 4 mg ผสม 5% D/W 100 ml IV 10 ml/hr และยา Dopamine 200 mg ผสม NSS 100 ml IV 10 ml /hr หลังการทำ PCI ผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่ อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจตามการช่วยหายใจของเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร 16

ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 107/57 มิลลิเมตรปรอท
ออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกาย
36.5 องศาเซลเซียส

รับย้ายมาโรงพยาบาลตรังและ Admit ในหอ
ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ยังคงใส่ท่อช่วยหายใจและใช้
เครื่องช่วยหายใจแบบชนิดควบคุมปริมาตร ให้ยา
levophed 4 mg ผสม 5% D/W 100 ml IV 16
ml/hr และ ยา Dopamine 200 mg ผสม NSS 100
ml IV 10 ml /hr แพทย์ให้เปลี่ยน Levophed เป็น
สูตร 4 mg ผสม 5% D/W 250 ml IV 20 ml/hr
ทางหลอดเลือดดำเพื่อปรับลดยา เมื่อนอนรักษาได้ 1
วัน พิจารณาให้ยาเครื่องช่วยหายใจ และสามารถ
ถอดท่อช่วยหายใจได้ภายใน 4 วัน หายใจไม่เหนื่อย
ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีหัวใจเต้นผิด
จังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต
เข้าสู่ภาวะปกติ แพทย์ให้ปรับลดยากระตุ้นความดัน

โลหิตลงครั้งละ 2 ml/hr ทุก 1 ชั่วโมง รักษาระดับค่า
กลางความดันโลหิตเท่ากับหรือ มากกว่า 65
มิลลิเมตรปรอท สามารถเอายากระตุ้นความดัน
โลหิตออกได้ทั้งสองชนิด ภายใน 3 วัน ได้รับการ
ตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) ผล
LVEF (Left ventricle ejection Fraction) 54
เปอร์เซ็นต์ Hypokinesia of inferior wall ,
dyskinesia of apical wall , Normal valvular
function สหสาขาวิชาชีพได้เข้ามามีบทบาทการดูแล
ร่วมกัน โดยปรึกษานักกายภาพในการฟื้นฟู
สมรรถภาพหัวใจ ปรึกษานักโภชนาการในความรู้เรื่อง
อาหารที่รับประทาน ร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วยที่
ต้องประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง และส่งต่อ
ข้อมูลผู้ป่วยแก่หอผู้ป่วยสามัญ รวมระยะเวลาที่
ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 7 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ 2. มีโอกาสเกิดเจ็บหน้าอก 3. มีภาวะCardiogenic Shock 4. ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากมีภาวะน้ำเกินจากหัวใจล้มเหลว 5. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 6. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 7. ขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและร่างกาย 8. มีโอกาสเจ็บป่วยซ้ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงและขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง	1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปฏิบัติการแปรรูปรุนแรง การมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ 3. มีโอกาสเกิดภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ และการระบายอากาศที่ปอดลดลง 4. มีโอกาสเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 5. มีภาวะCardiogenic Shock 6. มีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป 7. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ 8. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ 9. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 10. ขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและร่างกาย 11. มีโอกาสเจ็บป่วยซ้ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงและขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง

เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยง	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปีสูบบุหรี่ 10-15 มวน/ วันมานาน 30 ปี	ผู้ป่วยชายไทย 48 ปี สูบบุหรี่ 1 ซอง/นาน 20 ปี	ทั้ง 2 รายสูบบุหรี่จัดเป็น ปัจจัยเสี่ยงสูง ในการกระตุ้น การเกิดโรคสารนิโคตินใน บุหรี่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นทั้งยังทำให้เกิดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย
2. พฤติกรรมสุขภาพ	รับประทานอาหารทุกประเภทไม่ได้คุมอาหารชอบอาหารรสจัด ของทอดขาดการออกกำลังกาย	รับประทานอาหารมันของทอดอาหารทะเลขาดการออกกำลังกายเป็นคนอารมณ์ร้อนและเครียดง่าย	ทั้งสองรายขาดการออกกำลังกาย และยังชอบรับประทานอาหารมัน ประเภททอด ซึ่งเสี่ยงต่อไขมันในเลือดสูง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ยังเป็นคนเครียดง่าย ซึ่งส่งเสริมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น
3. อาการและอาการ แสดง	1 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บหน้าอกซ้าย ร้าวไปกราม เจ็บทะลุ หลัง pain score 8/10 ทำ EKG 12 lead พบ ST – Elevate ใน lead v2 -v6 แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI : Anterior wall	30 นาที ก่อนมารพ. เจ็บเหนือแตก ตัวเย็น pain score 10/10 คณะแพทย์ ทำ EKG 12 lead พบ ST –Elevate ใน lead II,III,AVF,v5-v6 แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI : Inferior wall	ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็น Anterior wall STEMI ภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจด้านหน้าขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน อาจมีการอุดตันของหลอดเลือด LAD และรายที่ 2 เป็น STEMI Inferior wall ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ด้านล่างขาดเลือดเฉียบพลัน อาจมีการอุดตันของหลอดเลือด RCA
4. การรักษา	- ได้รับยา ASA gr V 1 tab oral Clopidogrel (75) 4 tab oral - ได้รับการฉีดสตีสวนหัวใจ - ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra aortic Balloon pump : IABP) -ได้รับยา Inotropic : Dopamine 250 mg ผสมสารละลาย NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง	-ได้รับยา ASA gr V 1 tab oral Clopidogrel (75) 4 tab oral - ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต ผสมในสารละลาย NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง - ได้รับการส่งต่อฉีดสตีสวนหัวใจ - ได้รับการ On ETT no 7.5 ลึก 20 ซม. - ได้รับยา Inotropic : Dopamine 200 mg ผสมสารละลาย NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง - Levophed 4 mg ผสม 5 % D/W 100 ml หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 16 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยาต้านการเกาะกลุ่มองเกล็ดเลือดเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI และผู้ป่วยที่ 1 ได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยการทำ PTCA ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดก่อนจึงจะได้รับการฉีดสตีสวนหัวใจ (Rescue PCI)และผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต และผู้ป่วยรายที่ 1ได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจร่วมด้วย

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกพร้อมกับภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค พฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียก ที่มีความคล้ายคลึงกัน อาการ อาการแสดงก่อนมาโรงพยาบาล การได้รับวินิจฉัยและการรักษา เมื่อมาถึงโรงพยาบาล การให้ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างในวิธีการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด โดยผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยการฉีดสตีสวนหัวใจ (Primary PCI) ในผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agents) เพื่อละลายลิ่มเลือดที่กำลังอุดตันในหลอดเลือดแดงในขณะนั้น ก่อนจะส่งไปฉีดสตีสวนหัวใจ ซึ่งการเลือกวิธีการรักษาได้ขึ้นกับความสามารถและข้อจำกัดของสถานพยาบาลนั้น⁴

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมีความคล้ายคลึงกัน ตำแหน่งการอุดตันของหลอดเลือดแดงและความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการสูบบุหรี่ 10-15 มวนต่อวัน นาน 30 ปี พฤติกรรมสุขภาพชอบรับประทานอาหารทอด ขาดการออกกำลังกาย ผลการฉีดสตีสวนหัวใจมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงด้านซ้าย 1 เส้น ร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการสูบบุหรี่ 1 ของต่อวัน นานประมาณ 20 ปี พฤติกรรมสุขภาพชอบ

รับประทานอาหารทอด ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดร่วมด้วย ผลการฉีดสตีสวนหัวใจพบการอุดตันของหลอดเลือดจำนวน 2 เส้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นบริเวณกว้าง ส่งผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะหัวใจหยุดเต้นตามมา ทั้ง 2 รายมีความเหมือนกันในภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิต การรักษาด้วยยากระตุ้นความดัน ซึ่งเป็นยาเสี่ยงสูง ต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด การใช้เครื่องช่วยหายใจและเครื่องพุงการทำงานของหัวใจมีกลไกการทำงานที่ซับซ้อนพยาบาลต้องเข้าใจหลักการทำงานของเครื่องและทราบถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถประเมินอาการแรกเริ่มของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม⁴

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตควรมีการทบทวนความรู้ในเรื่องโรค พัฒนาทักษะในการประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การให้การพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา การบริหารยาความเสี่ยงสูง การดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการฉีดสตีสวนหัวใจให้มีความชำนาญ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ และต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน บันทึกอาการสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและผู้ป่วยปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด2565 <https://ddc.moph.go.th>
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.(2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. Retrieved from <http://www.thaiheart.org/Thai-ACS-Guidelines-2020>
3. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง ประจำปี 2563-2566
4. จริญญา สยาสติธัย.(2561). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ (ครั้งที่ 2).พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร
5. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, จารุกัญญา พริกบุญจันทร์.(2560). การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด(ครั้งที่1).กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patient hypoglycemia in diabetes type 2: Case Study of 2 Cases.

(Received: September 21,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

จิระศักดิ์ เหล็กเพชร¹

Jirasuk Lekphet¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองนาคำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง การรักษา และการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก การสังเกต สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูล แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 67 ปี เป็นโรคเบาหวาน 22 ปี ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะ 3B - 4 อาการสำคัญ นอนไม่รู้สึกตัว 1 ชั่วโมงก่อนถึงโรงพยาบาล วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.8 เซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 mmHg เจาะ DTX = 37 mg% แพทย์มีแผนการรักษาให้ 50% Glucose 50 ml vein push ซ้ำๆหลังจากนั้นผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุ้ยรู้เรื่อง เจาะเลือดส่ง lab CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte ให้งดยาเบาหวานไว้ก่อน on iv 10%D/N/2 1000 ml vein drip 60 ml/hr. DTX ซ้ำใน 15 นาทีได้ 136 mg% สังเกตอาการ 6 ชั่วโมงตรวจ DTX ซ้ำทุก 1 ชั่วโมงพบระดับน้ำตาลในเลือด 136 – 180 mg% ซึ่งอยู่ในค่าเป้าหมายการรักษา อีกทั้งยังมีภาวะ hypokalemia ร่วมด้วย จึงรับการรักษาด้วย Elixer KCL 30 ml oral q 3 hr x 3 dose ให้กลับบ้าน และนัด F/U พรุ่งนี้เช้า repeat electrolyte และ FBS กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี 11 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รับประทานยาที่โรงพยาบาลหนองนาคำ ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน ไม่ขาดยา อาการสำคัญ ซึมลง ไม่พูด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล โดยมีประวัติว่าหลังตื่นนอนตอนเช้า ญาติพบผู้ป่วย ไม่กินอาหาร ซึมลง ไม่พูด ไม่ปัสสาวะตั้งแต่เมื่อคืน ญาติจึงพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองนาคำ ตรวจพบ DTX แรก 34 mg% ได้รับการรักษา 50% glucose 50 cc iv push และ 10 %DN/2 1000 ml iv rate 60 ml/hr เจาะ DTX ซ้ำ 15 นาที ได้ 210 mg% ผู้ป่วยรู้สึกตัว แต่ดูซึม ไม่ค่อยพูด มีทางเหนื่อยอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีปัญหาเรื่องซีด Hct = 24.6 vol% เมื่อสังเกตอาการ 1 ชั่วโมงเจาะ DTX ซ้ำ ได้ผล HI จึงได้มีการรักษา ด้วยยาฉีดอินซูลินที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ RI 10-unit SC และยังพบภาวะอื่นร่วมด้วยคือ hyperkalemia ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงได้รับการรักษา ด้วย RI 10 unit + 50% glucose 50 ml iv slowly push , 10% Ca gluconate 1 amp iv push , 7.5%NaHCO₃ 1 amp iv push ,Kali mate 30 gm.+ น้ำ 50 ml oral stat ระหว่างที่อยู่ ER รพ.หนองนาคำ ยังปฏิเสธ RRT จึง refer รพ.ภูเวียง ที่ รพ.ภูเวียงผู้ป่วยยินยอมที่จะฟอกไต รพ.ภูเวียง refer ต่อ รพ.ชุมแพ เพื่อ RRT

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กรณีศึกษา

Abstract

This study is a comparative case study of patients with type 2 diabetes who experience hypoglycemia, involving two cases treated at Nong Nakham Hospital. The objective is to study illness data, risk factors, pathophysiological symptoms and signs, treatment, and nursing. The data collection tools include information from emergency medical records, outpatient diabetes clinic records, observations, interviews with patients and relatives, and data analysis using nursing record forms based on Gordon's functional health patterns framework. This approach

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองนาคำ

aims to identify patient problems and needs, which will then be used to plan nursing care for patients with type 2 diabetes who have hypoglycemia, establish nursing diagnoses, provide nursing care, and evaluate nursing outcomes.

Results: Case Study 1: A 67-year-old Thai male with a 22-year history of diabetes was unable to control his blood sugar levels. He also had comorbidities including hypertension and chronic kidney disease stage 3B - 4. One hour before arriving at the hospital, he was unresponsive.. A DTX measurement was 37 mg%. The doctor planned to administer a slow IV push of 50% glucose (50 ml). After treatment, the patient regained consciousness and was able to communicate. Blood samples were sent for lab tests including CBC, BUN, creatinine, and electrolytes, while holding diabetes medications. He was placed on IV 10% D/N/2 (1000 ml) with a drip rate of 60 ml/hr. A repeat DTX measurement 15 minutes later showed 136 mg%. After 6 hours, DTX was checked every hour, revealing blood sugar levels between 136 and 180 mg%, which were within the treatment target range. The patient also presented with hypokalemia, for which he received Elixir KCL (30 ml orally every 3 hours for 3 doses). He was discharged home with a follow-up appointment for the next morning to repeat electrolytes and fasting blood sugar (FBS).

Case Study 2: A 65-year-old Thai female patient was diagnosed with diabetes and hypertension 11 years ago. She regularly received medication from Nong Nakham Hospital and had no issues with medication adherence. One hour before arriving at the hospital, her condition worsened; she became lethargic and non-verbal. After waking up in the morning, her relatives found her unresponsive, not eating, and not urinating since the previous night, prompting them to take her to Nong Nakham Hospital. Initial testing revealed a blood glucose level of 34 mg%. Treatment included an IV push of 50% glucose (50 cc) and a 10% dextrose solution (1000 ml at 60 ml/hr). A repeat blood glucose test 15 minutes later showed a level of 210 mg%. The patient regained consciousness but remained lethargic and minimally verbal, exhibiting signs of fatigue and being largely dependent on assistance. She also presented with anemia (Hct = 24.6 vol%). After one hour, a repeat glucose test showed high levels, prompting treatment with insulin (10 units SC). Additionally, she exhibited hyperkalemia due to end-stage chronic kidney disease, for which she received treatment with insulin (10 units), 50% glucose (50 ml IV slowly), 10% calcium gluconate (1 amp IV push), and 7.5% sodium bicarbonate (1 amp IV push), along with 30 gm of Kali mate mixed with 50 ml of water orally. While in the ER at Nong Nakham Hospital, the patient declined renal replacement therapy (RRT) and was subsequently referred to Phu Wiang Hospital. At Phu Wiang Hospital, she agreed to undergo dialysis and was further referred to Chum Phae Hospital for RRT.

Keywords: Nursing care for patients with type 2 diabetes, hypoglycemia, case study

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเมื่อตับอ่อนไม่ผลิตอินซูลินเพียงพอหรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ตับอ่อนผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุมเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายเสียหายอย่างรุนแรง ระหว่างปี 2560 - 2567 มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานที่ปรับตามอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง มีอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 13%¹ สำหรับประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเพิ่มจาก 4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588 เป็น 5.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งพบ

ผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานร้อยละ 25.3 ต่อประชากรแสนคน โดยมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 - 2562) เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค อัตราการเสียชีวิตมากที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 31.0²

สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลหนองนาคำ ในปี 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียน 1693 ราย และเป็นโรคที่มารับบริการเป็นอันดับ 1 ของกลุ่มโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองนาคำ ผู้ป่วยเบาหวานหากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมก็จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันอันได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ และ หลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ภาวะแทรกซ้อนที่จอตา ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ซึ่งภาวะที่เกิดเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตลดลง ข้อมูลสถิติจากรายงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลหนองนาคำ ปี 2564 - 2566 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังจำนวน 84, 160 และ 177 ราย โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5, 7 และ 8 ราย โรคหลอดเลือดหัวใจ 6, 8 และ 6 ราย มีแผลเรื้อรังที่เท้า 7, 6 และ 9 ราย และมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ 48, 36, และ 42 ราย ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาทันเวลาที่ ซึ่งต้องการการดูแลและการจัดการที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุม หนึ่งในความท้าทายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน คือ การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การวางแผนการพยาบาลในระยะวิกฤติ การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และการวางแผนจำหน่ายที่จะช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และการสังเกตอาการเตือนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างทันเวลาที่แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันอันตรายถึงชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แบบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (case study) เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองนาคำ

ในช่วง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งได้ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อทำการศึกษา และเผยแพร่ โดยไม่มีชื่อผู้ป่วยเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและข้อมูลการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน
2. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา
3. แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบ แผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาคนที่ 1 ชายไทยอายุ 67 ปี เป็นโรคเบาหวาน 22 ปี ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3B - 4 อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล นอนไม่รู้สึกตัว 1 ชั่วโมงก่อนถึงโรงพยาบาล วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.8 เซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 mmHg เจาะ DTX = 37 mg% แพทย์มีแผนการรักษาให้ 50% Glucose 50 ml vein push ซ้ำๆ หลังจากนั้นผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง เจาะเลือดส่ง lab CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte ให้งดยาเบาหวานไว้ก่อน on iv 10%D/N/2 1000 ml vein drip 60 ml/hr. DTX ซ้ำใน 15 นาทีได้ 136 mg% สังเกตอาการ 6 ชั่วโมงตรวจ DTX ซ้ำทุก 1 ชั่วโมงพบระดับน้ำตาลในเลือด 136 - 180 mg% ซึ่งอยู่ในค่าเป้าหมายการรักษา จึงได้ให้หยุดยาเบาหวานไว้ก่อน อีกทั้งยังมีภาวะ hypokalemia ร่วมด้วย จึงรับการรักษาด้วย Elixer KCL 30 ml oral q 3 hr x 3 dose ให้กลับบ้าน และนัด F/U พรุ่งนี้ เข้า repeat e'lyte และ FBS

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี 11 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รับประทานที่โรงพยาบาล หนองนาคำ ได้รับการรักษาด้วยยาปรับปรน ไม่ขาดยา อาการสำคัญ ซึมลง ไม่พูด 1 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล โดยมีประวัติว่าหลังตื่นนอนตอนเช้า ญาติพบผู้ป่วย ไม่กินอาหาร ซึมลง ไม่พูด ไม่ปัสสาวะ ตั้งแต่เมื่อคืน ญาติจึงพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หนองนาคำ ตรวจพบว่า DTX แรกรับ 34 mg% ได้รับการรักษา 50% glucose 50 cc iv push และ 10 %DN/2 1000 ml iv rate 60 ml/hr เจาะ DTX ซ้ำ 15 นาที ได้ 210 mg% ผู้ป่วยรู้สึกตัว แต่ดูซึม ไม่ค่อยพูด มีท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีปัญหาเรื่องซีด Hct = 24.6 vol% เมื่อสังเกตอาการ 1 ชั่วโมงเจาะ DTX ซ้ำ ได้ผล HI จึงได้มีการรักษา ด้วยยาฉีดอินซูลินที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ RI 10-unit SC และยังพบภาวะอื่นร่วมด้วยคือ hyperkalemia ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงได้รับการรักษา ด้วย RI 10 unit + 50% glucose 50 ml iv slowly push, 10% Ca gluconate 1 amp iv push , 7.5%NaHCO3 1 amp iv push ,Kali mate 30 gm.+ น้ำ 50 ml oral stat ระหว่างที่อยู่ ER รพ.หนองนาคำ ยังปฏิเสธ RRT จึง refer รพ.อุเวียง ที่ รพ.อุเวียงผู้ป่วยยินยอมที่จะฟอกไต รพ.อุเวียง refer ต่อ รพ.ชุมแพ เพื่อ RRT

จากการประเมินปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยตามการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิด

แบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน โดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะสมองขาดกลูโคสเนื่องจากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดรุนแรงเนื่องจากโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำเนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอและขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : อ่อนเพลียเนื่องจากเบื่ออาหารและนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia	ชายไทยอายุ 67 ปี -โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 22 ปี -ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ - รักษาเบาหวานด้วยยาฉีด Insulin - เคยเกิดภาวะ Hypoglycemia	หญิงไทยอายุ 65 ปี -โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 11 ปี -ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ - รักษาเบาหวานด้วยยากินกลุ่ม Sulfonylurea - ไม่เคยเกิดภาวะ Hypoglycemia	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงด้านอายุที่เหมือนกัน ซึ่งในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ มีปัจจัยหลักของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการบริหารยาที่ผิดพลาด คือ การฉีดยาอินซูลินที่มากเกินไปในกรณีศึกษาที่ 1 การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่ม Sulfonylurea ที่ออกฤทธิ์กระตุ้นร่างกายให้หลั่งอินซูลินมากเกินไป ในกรณีศึกษาที่ 2 และยังมีปัจจัยอื่น เช่นอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดความบกพร่องของกลไกการตอบสนองของร่างกายเพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลทำให้

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	- กินสมุนไพรเหล้าต้องยาแก้ปวด - กินอาหารกินอาหารได้ปกติ - ไตเสื่อมระยะ 4	- กินสมุนไพรเหล้าต้องยาแก้ปวด - เบื่ออาหารกินอาหารได้น้อย - ไตเสื่อมระยะที่ 5 (ยังไม่ได้บำบัดทดแทนไต)	ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง (Compromise glucose counter-regulation) ร่วมกับการมีโรคร่วมหลายชนิด คือ ความดันโลหิตสูง และไตเสื่อมที่ทำให้การขับยา ลดลง ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย และในกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเบื่ออาหาร ไม่กินอาหาร อีกทั้งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมดื่มยาสมุนไพรต้องเหล้าที่ทำให้เกิดกระบวนการสร้างน้ำตาลลดลงด้วย
2. พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดง	นอนไม่รู้สึกตัว 1 ชั่วโมง ก่อนถึงโรงพยาบาล - E2V1M3 Pupill 2 mm RTL BE - DTX stat 37 mg% - มีภาวะ Hypokalemia - ผลตรวจ e'lyte พบ K = 2.92 mEq/L	ซึมลง ไม่พูด 1 ชั่วโมง ก่อนมา โรงพยาบาล - E2V1M5 Pupill 2 mm RTL BE - DTX stat 34 mg% - มีภาวะ Hyperkalemia - ผลตรวจ e'lyte พบ K = 7.6 mEq/L	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการสมองขาดกลูโคส (neuroglycopenic symptoms) โดยกรณีศึกษาราย 1 มีอาการไม่รู้สึกตัว ปลุกไม่ตื่น และกรณีศึกษารายที่ 2 ซึมลงไม่พูด เมื่อประเมินความรุนแรงพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง (Severe hypoglycemia) คือ มีอาการสมองขาดกลูโคสที่รุนแรงไม่สามารถแก้ไขด้วยตัวเองได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 mg% ในเกณฑ์วินิจฉัย และต่ำกว่า 40 -50 mg% ที่รับไว้ในโรงพยาบาล แต่ความแตกต่างของภาวะอื่นที่พบในกรณีศึกษา 2 ราย คือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะ Hypokalemia จากการใช้อินซูลินร่วมกับการเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย ในส่วนของกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะ Hyperkalemia จากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยยังไม่ได้บำบัดทดแทนไต ทำให้มีของเสียคั่ง
3.การรักษา	- 50 %glucose 50 ml iv slowly push - 10%DN/2 1000 ml iv rate 60 ml/hr - repeat 15 min DTX 136 mg% then q 1 hr. x 6 hr DTX 136-180 mg% -D/C กลับบ้าน off ยา DM - Elixer KCL 30 ml oral q 3 hr x 3 dose - F/U พรุ้งนี้เช้า repeat e'lyte + FBS	- 50 % glucose 50 ml iv slowly push -10 %DN/2 1000 ml iv rate 60 ml/hr - repeat 15 min DTX 210 mg% -repeat 1 hr DTX HI -hold 10%DN/2 - RI 10-unit SC - RI 10 unit + 50% glucose 50 ml iv slowly push -10% Ca gluconate 1 amp iv push -7.5%NaHCO₃ 1 amp iv push -Kali mate 30 gm.+ น้ำ 50 ml oral stat -ระหว่างที่อยู่ ER รพ.หนองนาค้า ยังปฏิเสธ RRT	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการให้การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เหมือนกันคือ - 50 % glucose 50 ml iv slowly push และ 10 %DN/2 1000 ml iv rate 60 ml/hr หลังให้การรักษาดู DTX ซ้ำ ใน 15 นาที พบระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น 136 และ 210 mg% ตามลำดับ แต่เมื่อ repeat DTX ใน 1 hr. พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 หลังจาก observe นาน 6 ชั่วโมงมีระดับน้ำตาลในเลือด 136 – 180 mg%ซึ่งอยู่ในค่าเป้าหมายการรักษา จึงได้ให้หยุดยาเบาหวานไว้ก่อน อีกทั้งยังมีภาวะ hypokalemia ร่วมด้วย จึงรับการรักษาด้วย Elixer KCL 30 ml oral q 3 hr x 3 dose ให้กลับบ้าน และนัด F/U พรุ้งนี้เช้า repeat e'lyte + FBS แต่ในกรณีศึกษาที่ 2 พบ DTX HI จึงได้มีการรักษา ด้วยยาฉีดอินซูลินที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ RI 10-unit SC และยังพบภาวะอื่นร่วมด้วยคือ hyperkalemia ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงได้รับการรักษา ด้วย RI 10 unit + 50% glucose 50 ml iv slowly push, 10% Ca gluconate 1 amp iv push , 7.5%NaHCO ₃ 1 amp iv push ,Kali mate 30 gm.+ น้ำ 50 ml oral

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
		-refer รพ.ญเวียง ที่ รพ.ญเวียงผู้ป่วยยินยอมที่จะพอกไต รพ.ญเวียง refer ต่อ รพ.ชุมแพ เพื่อ RRT	stat ระหว่างที่อยู่ ER รพ.หนองนาคำ ยังปฏิเสธ RRT จึง refer รพ.ญเวียง ที่ รพ.ญเวียงผู้ป่วยยินยอมที่จะพอกไต รพ.ญเวียง refer ต่อ รพ.ชุมแพ เพื่อ RRT

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากแบบการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล
1.เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะสมองขาดกลูโคส เนื่องจากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง กรณีศึกษารายที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2 วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะสมองขาดกลูโคส เกณฑ์การประเมินผล 1.DTX > 80 – 180 mg% 2.ไม่มีอาการ Hypoglycemia ได้แก่ หมดต ซึม สับสน มึนงง มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย	1.สังเกต ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น หมดต ซึม ชัก สับสน และเจาะตรวจ DTX เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 2.วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยเหลือได้ทันที่ 3.ดูแลเปิดหลอดเลือดดำ และให้ผู้ป่วยได้รับ 50% Glucose 10-20 ml อย่างรวดเร็ว ต่อด้วย 30 -40 ที่เหลือ ตามแผนการรักษาเพื่อให้สมองได้รับกลูโคสที่เพียงพอ 4. สังเกตอาการของผู้ป่วยในขณะที่กำลังฉีด 50% Glucose และหลังฉีดแล้ว โดยผู้ป่วยควรมีอาการดีขึ้นหรือเป็นปกติทันที 5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 10%D/N/2 1000 ml vein drip 60 ml/hr. ต่อเนื่องตามแผนการรักษา 6. ดูแลเจาะ DTX เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่ 15 นาที 7. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่ >80 -180 มก. โดยปรับอัตราหยดสารละลายเด็กซ์โตรสให้เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีก 8. ดูแลให้ได้รับยาฉีดระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา ถ้าตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน (กรณีศึกษารายที่ 2 repeat DTX 15 min DTX=210 mg% Repeat DTX 1 hr. DTX=HI จึงได้ RI 10-unit SC, hold 10%D/N/2 iv rate 60 ml/hr) 9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อตามมาตรฐาน (โรงพยาบาลหนองนาคำยังไม่มีเตียงผู้ป่วยใน)
2.เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดปกตินิรนแรง เนื่องจากโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 วัตถุประสงค์ แก้ไขระดับโพแทสเซียมให้กลับสู่ภาวะปกติและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง เกณฑ์การประเมินผล 1.ไม่พบอาการและอาการแสดงของโพแทสเซียมในเลือดสูง 2.K ปกติ 3.8 – 5 mmol/L 3.EKG ปกติ 4.ปัสสาวะ > 30 cc/hr.	1.ประเมินและสังเกตอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แขนขา แขนหน้าอก ใจสั่น การตอบสนองของ Reflex เร็วขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ลำไส้หยุดทำงาน หัวใจเต้นเร็ว 2. Monitor EKG ดูการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ เช่น PVC,VT/VF, Wild QRS , tall T wave หากพบรายงานแพทย์ให้ทราบทันที 4.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 5.ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่ายหายใจลำบาก ดูแลให้ได้รับออกซิเจนร่วมกับประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 6.ดูแลได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ RI 10 unit + 50% glucose 50 ml iv slowly push, 10% Ca gluconate 1 amp iv push, 7.5%NaHCO3 1 amp iv push, Kali mate 30 gm.+ น้ำ 50 ml oral stat พร้อมสังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยา 7.ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกร่างกายทุก 1 ชั่วโมง 8.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum K+ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 9.เตรียมพร้อมอุปกรณ์เครื่องใช้ฉุกเฉินได้แก่ Defibrillator 10.เตรียมส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีความสามารถสูงกว่า ในกรณีต้องทำ Dialysis

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากแบบการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีโพแทสเซียมในเลือดต่ำ กรณีศึกษารายที่ 1 วัตถุประสงค์ แก้ไขระดับ โพแทสเซียมให้กลับสู่ภาวะปกติ และปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนของ ระดับโพแทสเซียมใน เลือดต่ำ เกณฑ์การประเมิน 1) ไม่พบอาการและ อาการแสดงของ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ สับสน ซึม รู้สึกตัวลดลง 2) สัญญาณชีพปกติ 3) ไม่พบคลื่นไฟฟ้า หัวใจที่เด่นชัดจางหะ เช่น PVC, Short run หรือ ST segment เปลี่ยนแปลง 4) ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ K + = 3.8-5 mmol/L 5) Motor power grade V all extremities	1) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น ง่วงซึม สับสน หายใจตื้น อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงชา ตะคริว (โดยเฉพาะที่ขา) การตอบสนองของ Reflex ลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด 2) ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมงหรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่ 3) ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติอย่างใกล้ชิด เช่น PVC PAC Short run, ST ลดต่ำลง (Mild hypokalemia) ST แบนราบ หรือ ST หัวกลับ (Moderate hypokalemia) และ พบ U wave แต่ไม่ชัด (Severe hypokalemia) 3) ประเมิน Motor power แขน ขา จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรม เท่าที่จำเป็น เฝ้ารวังปลัดตกหกล้ม 4) ในรายที่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ให้ญาติ จัดหาผลไม้ที่มีโพแทสเซียมมาเสริมมื้ออาหารให้แก่ ผู้ป่วย เช่นกล้วย ส้ม 5) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา คือ Elixir KCL 30 ml oral q 3 hr x 3 dose โดยแนะนำให้รับประทานยาหลังอาหารทันทีและดื่มน้ำตาม ½-1 แก้ว หลีกเลี่ยงให้ยาขณะท้องว่างเพราะ อาจเกิดการระคายเคืองในระบบทางเดินอาหาร และเฝ้ารวังอาการข้างเคียงของยา เช่น ท้องเดิน ชาตามปลายมือปลายเท้า ริมฝีปาก 6.) ประเมิน Urine output และติดตามค่าการทำงานของไตอย่างเคร่งครัด 7) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum K+ รายงานแพทย์ทราบเพื่อปรับแผนการรักษา
4.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีด กรณีศึกษารายที่ 2 วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล 1.สัญญาณชีพปกติ 2.ไม่มีอาการเหนื่อย หายใจหอบ 3.Hb = 12-16 g/dl Hct = 36- 48 % 4.SpO2 >95% 5.capillary refill time < 2 sec 6.เยื่อตาขาวไม่ซีด	1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และถี่ขึ้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 2.ประเมินและสังเกตอาการพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย สีผิวซีดและเย็น capillary refill time > 2sec ค่า SpO2 < 95% 3.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนให้เพียงพอเมื่อพบ SpO2 ลดลง < 95 4.จำกัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อลดการใช้ออกซิเจนและลดการทำงานของหัวใจ 5.ดูแลให้ได้รับยาเสริมสร้างโลหิตตามแผนการรักษา คือ Ferrous fumarate (200) 1 tab O tid pc, Folic acid 1 tab O OD pc 6.แนะนำการรับประทานอาหารที่เสริมสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อปลา ไข่ขาว ฯลฯ 7.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซีด 8.ดูแลให้ได้รับการส่งต่อมาตรฐานที่โรงพยาบาลที่มีความสามารถสูงกว่า กรณีที่ต้องได้รับเลือด
5.มีโอกาสดเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำเนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอและขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง กรณีศึกษารายที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2 วัตถุประสงค์ 1.ปลอดภัยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ 2.ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษาปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เกณฑ์การประเมินผล 1.DTX > 80 – 180 mg%	1.ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น 2.แนะนำการเตือนให้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลหรือญาติทราบทันทีเมื่อเริ่มมีอาการ ใจสั่นหวิว คล้ายจะเป็นลม เหงื่อออกมากกว่าปกติ ตัวเย็นขึ้น เป็นต้น 3.ประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานและการรับประทานอาหารให้ตรงเวลา การไม่อดอาหาร 4.ประเมินการรับประทานยาลดระดับน้ำตาล โดยเฉพาะยาฉีด Insulin และให้คำแนะนำการบริหารยาที่ถูกต้อง 5.ติดตามและบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือด

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากแบบการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล
2.ไม่มีอาการ Hypoglycemia ได้แก่ หมดสติ ซึม สับสน มึนงง มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย	6.ส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ให้ติดตามดูแลต่อเนื่อง เมื่อออกจากโรงพยาบาล
6. อ่อนเพลียเนื่องจากเบื่ออาหารและนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ กรณีศึกษาตอนที่ 1 วัตถุประสงค์ 1.ผู้ป่วยไม่เกิดอาการอ่อนเพลียรับประทาน อาหารและพักผ่อนได้ เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหาร ได้พักผ่อนได้	1.ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินอาการและอาการแสดง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ลูกนั่งหรือเดิน 2.แนะนำญาติดูแลพูดคุยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ และแนะนำให้ จัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้สงบ อากาศถ่ายเทเหมาะสมแก่การพักผ่อนเมื่อกลับบ้าน 3.จัดสภาพแวดล้อมให้สงบขณะที่อยู่ในห้อง observe และให้การพยาบาลด้วยความ นุ่มนวลเพื่อไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วยมากเกินไป ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน 4.แนะนำให้ญาติจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม คือ อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ ตับ เพื่อลดปัญหาภาวะซีดที่อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย และอาหารที่มี โฟลเทสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม
7.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและการรักษา กรณีศึกษาตอนที่ 1 กรณีศึกษาตอนที่ 2 วัตถุประสงค์ 1.ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและ เข้าใจแผนการรักษา เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติขึ้น ปฏิบัติตามแผนการ รักษาได้เป็นอย่างดี	1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำตัว พูดคุยให้กำลังใจ 2.ประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกต สีหน้า พฤติกรรม การพูดและการเคลื่อนไหว ร่างกาย และสอบถามข้อวิตกกังวล 3.เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา และอธิบาย แผนการรักษาและเหตุผล 4.สอนและแนะนำวิธีการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติ 5.ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลการ เจ็บป่วย ปวดจี้เสียด พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษา การพยาบาล เปรียบเทียบผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แบบกรณีศึกษา 2 ราย โดยการศึกษาเปรียบเทียบ ข้อมูลพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มารับการรักษา ด้วยกลุ่มอาการ neuroglycopenic symptom เป็น อาการนำส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลโดยอาการกลุ่มนี้พบบ่อย คือ อาการ หมดสติ ไม่รู้สึกตัว^{3,4}

ปัจจัยเสี่ยงที่พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุและมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมทั้ง 2 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชร ใจแน่นและ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ การทำหน้าที่ของตับและพฤติกรรม การใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะน้ำตาลใน

เลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ระดับ .05⁵ มี การดื่มแอลกอฮอล์ ในรูปแบบสมุนไพรรดองเหล้า มี โรคเรื้อรังร่วมด้วย คือ ความดันโลหิตสูงและภาวะไต เสื่อมโดย กรณีศึกษาที่ 1 ไตเสื่อมระยะที่ 3B – 4 และกรณีศึกษาที่ 2 ไตระยะสุดท้ายซึ่งยังไม่ได้รับการ บำบัดทดแทนไต มีการใช้ยาฉีดอินซูลิน และ กรณีศึกษารายที่ 1 มีการใช้ยารับประทานกลุ่ม Sulfonylurea ร่วมกับยาฉีดด้วย^{6,7} อีกทั้งยังมีปัจจัย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง คือ กรณีศึกษาที่ 1 เคยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เฉพาะระดับรุนแรงเกิดขึ้นมาก่อน ด้วย⁶ และอีก ปัจจัยที่พบในกรณีศึกษาที่ 2 คือเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของวัลลภเกิดนวล ที่พบว่า การรับประทานอาหารได้น้อยมีความสัมพันธ์แบบ พหุคูณกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สามารถทำนาย

การเกิดได้ร้อยละ 12.1⁸ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตามเกณฑ์ Whipple triad ได้แก่ระดับพลาสมาไกลูโคสที่ ≤ 70 mg% มีอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการหายไปเมื่อระดับน้ำตาลสูงขึ้น และมาโรงพยาบาลด้วยอาการสมองขาดกลูโคส (neuroglycopenic symptoms) โดยกรณีศึกษา ราย 1 มีอาการไม่รู้สีกตัว ปากไม่ตื่น และกรณีศึกษา รายที่ 2 ซึมลงไม่พูด เมื่อประเมินความรุนแรงพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง (Severe hypoglycemia) คือ มีอาการสมองขาดกลูโคสที่รุนแรงไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวเองได้^{7,9} มีภาวะอื่นที่พบในกรณีศึกษา 2 ราย คือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะ Hypokalemia จากการใช้อินซูลินร่วมกับการเบื่ออาหารรับประทานได้น้อย ในส่วนของกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะ Hyperkalemia จากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยยังไม่ได้บำบัดทดแทนไต ทำให้มีของเสียคั่ง ซึ่งทั้ง 2 ภาวะนั้นมีความอันตรายที่เสี่ยงต่อการเกิดคามผิดปกติของการทำงานของหัวใจที่ต้องได้รับการแก้ไขและติดตามเช่นกัน ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญทางคลินิก ถ้าเกิดขึ้นแล้วต้องป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ และกรณีศึกษาที่ 1 เป็นการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ หากมีการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำได้จะเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการป้องกันไม่เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำทำได้โดย การให้ความรู้แก่ญาติ ผู้ใกล้ชิด ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมการตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและขจัดลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำได้¹⁰ ดังกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่บริหารยาผิดเอง มีการเตรียมยาที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากสูงอายุ มีพฤติกรรม การดื่มสมุนไพรต้องเหล้า และมีอาการเบื่ออาหาร

รับประทานได้น้อยซึ่งมีผลต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 05^{5,8}

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสามารถนำข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยการประเมินแบบแผนสุขภาพแล้วพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานที่มากกว่า 10 ปี แต่ยังมีพฤติกรรมการควบคุมโรคไม่เหมาะสม เห็นได้จากประวัติผลการตรวจระดับน้ำตาลที่ไม่คงที่ ถึงแม้จะได้รับการรักษาและปรับยาลดระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้นแล้วก็ตาม พบพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกโรค การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การบริหารยาที่ไม่ถูกต้อง จนทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 และภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ น้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง โดยไม่สามารถการสังเกตอาการและวิธีการแก้ไขเบื้องต้น ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกควรมีการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วยทำครั้งที่มาตรวจตามนัด ดังเช่นคำแนะนำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 ที่ให้เน้นย้ำเรื่องการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกรายในทุกขั้นตอนการรักษา

1.2 จากผลการศึกษาที่พบการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำในกรณีศึกษาที่เป็นผู้สูงอายุ ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะใน 2-3 สัปดาห์แรกหลังผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ได้รับการดูแลและเน้นย้ำคำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำซึ่งมีอันตรายต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมากขึ้น

2. การทำการศึกษารั้งต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบประวัติการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาด้วยญาตินำส่งโรงพยาบาล ไม่ได้มีการโทรเรียก 1669 โรงพยาบาล หรือ FR ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีขณะที่ไปถึง ควรศึกษาเพิ่มเติมเชิงปริมาณ และพัฒนา

รูปแบบการเข้าถึงบริการในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre – hospital) ในประเด็นการรับรู้อาการเตือน การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเริ่มมีอาการ และการจัดการเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง ได้แก่

การใช้บริการ 1669 , ช่องทางติดต่อโรงพยาบาล และ FR เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ป้องกันความพิการและอันตรายต่อชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (5 April 2023). Diabetes. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/diabetes>.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
3. พรเทพ วัฒนศิริสาโรช, ละออง สาลีพวง, สุวรรณนา จงห้วงกลาง. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี. วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม 2559;13(3):51-60.
4. วไลลักษณ์ เฟงฤทธิ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
5. สุพัชรี ใจแน้, ศิริพันธุ์ สาสตัย. ปัจจัยทำนายภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลใน เขตภาคใต้ตอนบน. วารสารก่อการุณย์ 2559;23(1):148-62. 7.
6. Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, Heller SR, Montori VM, Seaquist ER, Service FJ. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2009; 94: 709-28.
7. Yale JF, Begg I, Gerstein H, Houlden R, Jones H, Meheux P, Pacaud D. 2001 Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines for the prevention and management of hypoglycemia in diabetes. Can J Diabetes 2001; 26: 22-35.
8. วไลลักษณ์ เฟงฤทธิ์. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานภาวะเลือดพร่องน้ำตาล โรงพยาบาลพยุหะคีรี. วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข 2551;2(1):596 - 603.
9. Seaquist ER, Anderson J, Childs B, Cryer P, Dagogo-Jack SE, Fish L, et al. Hypoglycemia and diabetes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and the Endocrine Society. Diabetes Care 2013; 36: 1384-95.
10. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ : กรณีศึกษา

Nursing care of a thyroidectomy patient with critical hypocalcemia : A Case Study

(Received: September 21,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

พรพิมล อาจิ้น¹

Pornpimon Arjjeen¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2566 มาด้วยอาการสำคัญ มีก้อนที่คอโตขึ้น กลืนลำบาก น้ำหนักลดลง 1 เดือน

ผลการศึกษา: วินิจฉัยมะเร็งต่อมไทรอยด์ แพทย์นัดมาเพื่อผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัด มีความวิตกกังวล ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ปวดแผล เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้วางแผนการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ให้การพยาบาลป้องกัน แก้ไขภาวะแคลเซียมต่ำจนระดับแคลเซียมปกติ ดูแลบาดแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่ติดเชื้อ บรรเทาอาการปวดด้วยการบริหารยาและสอนการปฏิบัติตัว อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2567 ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 4 วัน

คำสำคัญ: มะเร็งต่อมไทรอยด์, ภาวะแคลเซียมต่ำ

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of a thyroid cancer patient who underwent surgery and developed hypocalcemia. An 83-year-old Thai female patient was admitted to the hospital on August 3, 2023, presenting with significant symptoms, including an enlarging neck mass, difficulty swallowing, and weight loss over the past month.

Results: She was diagnosed with thyroid cancer and scheduled for surgery. Before the surgery, she experienced anxiety. Postoperatively, she was at risk for airway obstruction, hypocalcemia, wound pain, and potential wound infection. A nursing care plan was established to monitor and address these complications. After the surgery, the patient was successfully weaned off mechanical ventilation. Nursing care included the prevention and management of hypocalcemia until calcium levels returned to normal, care of the surgical wound (which healed well without infection), and pain relief through medication and patient education. The patient's condition improved progressively, and she was discharged on August 7, 2023, after spending a total of 4 days in the hospital.

Keywords: Thyroid cancer, Hypocalcemia

บทนำ

มะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นโรคที่มีความหลากหลายในการดำเนินโรค อาจจะไม่มีความรุนแรงเลย โดยผู้ที่ป่วยโรคนี้อาจมีชีวิตยืนยาวได้เหมือนคนปกติ หรืออาจมีความรุนแรงมากถึงขนาดที่ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตได้ภายในไม่กี่เดือน¹ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งต่อมไทรอยด์ ซึ่งมีตั้งแต่ชนิด well

differentiated thyroid carcinoma ไปจนถึง anaplastic carcinoma มะเร็งต่อมไทรอยด์มักไม่โตเร็ว แต่เมื่อใดก็ตามที่พบว่าก้อนโตเร็ว ก้อนมีขนาดใหญ่ แข็ง และยึดติดกับอวัยวะข้างเคียงมักบ่งชี้ถึงมะเร็ง อาการเจ็บที่ก้อนพบได้ในกรณีมีเลือดออกในก้อน สำหรับมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด anaplastic หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองของต่อมไทรอยด์ (thyroid

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

lymphoma) อาจจะมีอาการอักเสบที่ผิวหนังเหนือ
ก้อน (erythema) และอาการไข้ ก้อนโตเร็ว และเจ็บ
ที่ก้อนได้² ประวัติการได้รับรังสีที่คอตั้งแต่อายุน้อยก็
เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง อาการเสียงแหบ
อาการไอ หรือกลืนลำบาก หายใจมีเสียงผิดปกติ
แน่นอึดอัดคอเวลานอนหงาย ล้วนบ่งชี้ถึงอาการของ
ก้อนที่โตจนกดเบียดอวัยวะใกล้เคียง³ ซึ่งเพศชาย
ผู้ป่วยสูงอายุและการตรวจพบก้อนตั้งแต่อายุน้อยก็
เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็ง⁴ สำหรับการรักษาก็
แตกต่างกันไป จึงจำเป็นมากที่ต้องวินิจฉัยให้แน่นอน
เสียก่อนว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดไหน
เพื่อที่จะวางแผนการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม⁵

จากการรายงานต่างประเทศมะเร็งต่อม
ไทรอยด์พบประมาณ 1.5% ของมะเร็งทั้งหมด
อุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมไทรอยด์ในสหรัฐอเมริกา
ประมาณ 50 คนต่อประชากร 100,000 คน และ
อัตราการตาย 6 คนต่อ 1,000,000 คน⁶ ในแต่ละปี
ในค.ศ. 2019 ที่สหรัฐอเมริกาพบโรคมะเร็งต่อม
ไทรอยด์ในคนไข้ใหม่มากกว่า 12,000 ราย ส่วน
อุบัติการณ์ของก้อนในต่อมไทรอยด์พบประมาณ 4%
และจากการตรวจสภาพศพ พบมะเร็งขนาดเล็กใน
ต่อมไทรอยด์ประมาณ 13-24% ในสหรัฐอเมริกาโดย
พบสูงสุดในชาวญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ที่รัฐฮาวาย คือ 24%
ในประเทศไทยมีรายงานพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็ง
ต่อมไทรอยด์รายใหม่เพิ่มขึ้น โดยพบเพิ่มขึ้นเป็น 6.9
คน ต่อประชากร 100,000 รายในผู้หญิง และ 1.6 คน
ต่อประชากร 100,000 รายในผู้ชาย ในช่วงปี พ.ศ.
2563-2565 เทียบจาก 5.6 คน ต่อประชากร 100,000
ราย ในผู้หญิง และ 1.4 คนต่อประชากร 100,000
รายในผู้ชาย ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561⁴ ส่วนสถิติ
มะเร็งต่อมไทรอยด์ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์
มหาราชจากรายงาน ระหว่าง พ.ศ. 2563 -2565 พบ
ผู้ป่วยใหม่ 34 ราย, 37 ราย และ 42 ราย ตามลำดับ
และต้องได้รับการผ่าตัดจำนวน 23 ราย, 28 ราย และ
31 ราย ตามลำดับ⁷ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และ
จากสถิติที่ผ่านมา ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการ
ผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำกว่า 8 mg/dl มี
โอกาสเกิดภาวะชัก^{8,9,10} และอันตรายถึงเสียชีวิตได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วย
มะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะ
แคลเซียมต่ำเพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อม
ไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (case study)
เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่
ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแคลเซียมต่ำ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี เชื้อชาติไทย
สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ ทำไร่ สถานภาพ
หม้าย ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่ 8 ตำบลป่าตาล อำเภอเมือง
จังหวัดลพบุรี HN 0130320 AN 660018175

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 3
สิงหาคม พ.ศ. 2566 เวลา 10.12 น.

อาการสำคัญ

มีก้อนที่คอโตขึ้น กลืนลำบาก น้ำหนักลดลง 1
เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ให้ประวัติว่า 10 ปีก่อนคลำพบก้อนที่คอ
ด้านซ้าย ก้อนขยับได้ เวลากลืนน้ำลายไม่เจ็บปวด ไม่
มีเหนียวง่ายหรือใจสั่น ก้อนค่อยๆโตขึ้น ไม่ได้ไป
รักษาที่ไหน ยังทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากมีอาชีพ
ทำไร่ไม่มีเวลาจึงไม่เคยไปโรงพยาบาล

1 เดือนก่อนก้อนโตขึ้นมาก เริ่มกลืนลำบาก
เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ลูกพามาพบแพทย์เฉพาะทาง
ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แพทย์ตรวจพบ
ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านซ้าย ขนาด 8 เซนติเมตร และ
ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านขวา ขนาด 7 เซนติเมตร
แพทย์ได้ดูดชิ้นเนื้อก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (Fine
needle aspiration : FNA) ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

2 สัปดาห์ก่อนมาตรวจตามนัด แพทย์แจ้งผลตรวจก่อนว่าเป็นเนื้อร้าย แนะนำให้ผ่าตัด วันนี้แพทย์นัดนอนโรงพยาบาล เพื่อผ่าตัดก้อนที่คอ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่เคยตรวจสุขภาพ ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว บุคคลในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีใครเจ็บป่วยร้ายแรง ปฏิเสธโรคเมร็งในครอบครัว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง เคยเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นหวัด มักจะซื้อยามารับประทานเอง หรือไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ไม่เคยรับประทานยาหมอยาชุด ไม่เคยแพ้ยา อาหาร และสารเคมีใด ๆ การดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ร่างกายสะอาดดี ในชีวิตประจำวันผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองกำลังเจ็บป่วยอยู่ รับทราบจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน กังวลว่าจะเป็นภาระแก่บุตร

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนที่เคี้ยวง่าย ส่วนใหญ่จะรับประทานปลา ข้าวสวย ข้าวต้ม รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อตามเวลา ตื่นน้ำวันละ 8-10 แก้ว มีปัญหาเรื่องการกลืนอาหาร แล้วรู้สึกทื่อคอบ้างเล็กน้อย ก่อนเข้ารับการรักษา น้ำหนักตัว 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ปัจจุบันน้ำหนักเหลือ 49 กิโลกรัม ขณะอยู่ในโรงพยาบาลต้องดื่มน้ำและอาหารตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากจะต้องมีการผ่าตัด

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ปกติผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะปกติ ไม่มีท้องผูกหรือถ่ายเหลว ไม่มีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายหรือการใช้ยาระบาย ขับถ่ายปัสสาวะปกติวันละ 4-5 ครั้ง

ไม่มีปัญหาสับสนหรือกลืนปัสสาวะไม่อยู่ขณะอยู่ในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดปัสสาวะได้เองปกติ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองทำงานบ้านเช่น หุงข้าว กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า รีดผ้าทำงานรับจ้าง ผู้ป่วยไม่เคยออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา เพราะจะออกนอกบ้านเพื่อไปทำงานและเมื่อ 1 ปีก่อนผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยง่ายทำงานรับจ้างไม่ค่อยไหว บุตรจึงให้ผู้ป่วยหยุดทำงานรับจ้างและให้ช่วยดูแลหลาน ๆ และทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ แขนขาสองข้างมีกำลังปกติ

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยตื่นนอน 05:30 น. เตรียมตัวใส่บาตร (ลูก เตรียมอาหารให้) 1 เดือนก่อนก้อนที่คอโตขึ้น กลืนลำบาก น้ำหนักลด บุตรชายคนเล็กรับมาอยู่ด้วย ตื่นนอน 05:30 น. ใส่บาตร รับประทานอาหารเช้า 06:00 น. ช่วยดูแลหลานๆที่บ้าน รับประทานอาหารกลางวัน 12:00 น. รับประทานอาหารเย็น 18:00 น. อาบน้ำ ดูโทรทัศน์ เข้านอน 20:00 น. ไม่มีปัญหาในการนอน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับ เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่ตนเองเป็นอยู่

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาการรับรู้ ระดับความรู้สึกตัวดี ความจำเป็นปกติ สามารถเล่าเรื่องราวในอดีตได้ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง กระบวนการคิดและตัดสินใจสมเหตุสมผล การได้ยิน การสัมผัส รวมถึงการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทุกส่วนปกติ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชายคนโต ดูแลตนเองได้ ทำงานได้ หารายได้จากการทำงานรับจ้างเล็กน้อยๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นโรคร้ายกลัวเสียชีวิต ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง กลัวจะเป็นภาระให้บุตร

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ ในครอบครัวก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยอยู่กับบุตรชายคนโต บุตรสะใภ้ และหลาน 2 คน สามีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุตั้งแต่บุตรเล็กๆ ตอนเจ็บป่วยมาอยู่กับบุตรชายคนเล็ก ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกันดี เมื่อมีปัญหาจะช่วยเหลือกันและกัน

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ลักษณะการเจริญพันธุ์และพัฒนาการทางเพศเป็นปกติ หมดประจำเดือนนานแล้ว

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ผู้ป่วยบอกว่า ตามปกติตนเองเป็นคนไม่เครียด หากมีอะไรทำให้ไม่สบายใจจะพยายามปล่อยวาง ไม่เก็บเอามาคิดให้เป็นทุกข์ หากมีเรื่องที่เครียดส่วนใหญ่จะปรึกษากับบุตรชายถ้าเป็นปัญหาเล็กน้อยจะแก้ไขได้เองขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ สวดมนต์ไหว้พระก่อนนอนทุกวัน ไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา หากมีปัญหาในชีวิตจะยึดหลักปล่อยวางและทำบุญ การมาอยู่โรงพยาบาลส่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยคิดว่าเมื่อกลับบ้านได้คงมีโอกาสไปทำบุญที่วัดเหมือนเดิม

การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุ รูปร่างผอม ผมหงอกสั้น เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้น สภาพร่างกายสะอาด หายใจปกติ ไม่มีภาวะเขียว หน้าต่ายิ้มแย้ม

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/69 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 49 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร มีกำลังใจที่ดีจากบุตรชายและบุตรสะใภ้ รักและเป็นห่วงหลานทั้ง 2 ซึ่งยังเป็นเด็กเล็ก บางครั้งผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกท้อแท้ใจบ้างที่เป็นมะเร็ง กลัวว่าจะเสียชีวิตก่อนที่จะหลานๆ จะโต อยากมีชีวิตอยู่ดูความสำเร็จของหลานทั้งสอง

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง สีผิวสองสีไม่มีจ้ำเลือด ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี (good skin turgor) ลักษณะของแขน

และการกระจายของขนสม่ำเสมอ เล็บมือและเล็บเท้าสั้นสะอาดดี

ศีรษะ เส้นผมสีดำนี้นวมหงอกประปราย ตัดสั้น ไม่มีรังแค การกระจายของผม สม่ำเสมอดี ลักษณะของกะโหลกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

ใบหน้า รูปร่างกลม สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีการขยายผิดปกติของกระดูก ไม่มีอาการบวม กดไม่เจ็บ ตา สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง มองเห็นชัดเจน ปฏิกริยาของรูม่านตาต่อแสงปกติ ขนาด 2 มิลลิเมตร conjunctiva not pale, anicteric sclera

หู ใบหูมีรูปร่างปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

จมูก รูปร่างปกติ ไม่มี nasal septum deviation ไม่มีน้ำมูก ไม่มีอาการเจ็บของโพรงอากาศไซนัส ช่องปาก ลิ้นปากแห้งเล็กน้อย เหงือกไม่มีการอักเสบบวมแดง ไม่มีฟันผุ ลิ้นชุ่มชื้น ขนาดพอเหมาะกับช่องปาก ทอนซิลไม่โต normal posterior pharyngeal wall, normal base of tongue

คอ คลำได้ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านขวา ขนาด 7 เซนติเมตร และก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านซ้าย ขนาด 8 เซนติเมตร ก้อนเคลื่อนตามขณะกลืน กดไม่เจ็บ ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอและเหนือไหปลาร้าไม่โต

ทรวงอก ลักษณะทั่วไปของทรวงอกปกติ ไม่มีอกบวม อกไก่ อกถึงเบียร์ทรวงอกทั้ง 2 ข้างสมมาตร ไม่มีก้อนหรือการกดเจ็บบริเวณหน้าอกตรวจไม่พบเสียง Wheezing Both Lung หรือ Creptitation ที่ปอด

หัวใจและหลอดเลือด ไม่พบการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติเส้นเลือดบริเวณคอไม่โป่ง ชีพจรบริเวณคอ แขน ขาหนีบ และหลังเท้าของร่างกายทั้ง 2 ข้างแรงเท่ากัน

หน้าท้อง ท้องนุ่ม ไม่มีกตเจ็บ ไม่มีผื่น Bowel sound ฟังได้ยินชัดเจนดี หน้าท้องและทางเดินอาหารเสียงเกิดจากการเคาะท้อง ได้ยินเสียงโปร่ง คลำไม่พบก้อน ขนาดของตับ ม้าม คลำไม่พบขอบเขตของตับและม้าม ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้างไม่โต ทวารหนักปกติ ไม่พบริดสีดวงทวาร

ระบบประสาท ระดับความรู้สึก รู้สึกรู้ตัว ถามตอบรู้เรื่อง Motor system การเคลื่อนไหวของลำตัว แขน ขาปกติ Sensory system ปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูกแนวของกระดูกสันหลัง ปกติขนาดสมมาตรกัน มีความตึงตัวดี แข็งแรง ข้อต่าง ๆ ในร่างกายไม่มีการอักเสบ สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มพิสัย

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ลักษณะอวัยวะเพศภายนอก ไม่มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ

สรุปอาการ

แรกรับ วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ.2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านขวา ขนาด 7 เซนติเมตร และก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านซ้ายขนาด 8 เซนติเมตร ก้อนเคลื่อนที่ได้ตามการกลืน คอไม่เจ็บ เสียงไม่แหบ ไม่มีเหนื่อยหอบแต่กลืนลำบาก ในช่วง 1 เดือนมีเบื่ออาหาร น้ำหนักลดไป 4 กิโลกรัมแพทย์ได้ดูดชิ้นเนื้อก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (Fine needle aspiration : FNA) และส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เมื่อ 2 สัปดาห์ก่อน พบ Positive for malignancy แพทย์จึงนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์ แรกรับ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/69 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ set OR for Total thyroidectomy วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2566 on call เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการที่แพทย์จะทำการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดนั้น มีข้อดี ข้อเสีย มีความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างไรบ้าง ผู้ป่วยและญาติลงนามรับทราบ เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย CBC,BS,BUN,Cr Electrolyte, Ca, HbA1C, TFT, Anti HIV, ผลพบว่าปกติ Swab covid ATK negative วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลที่ผ่าตัดเย็บก่อนผ่าตัด เพื่อประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตน พยาบาลหอผู้ป่วยเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและด้านจิตใจ ประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด แต่ทีมดูแลรักษาได้ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าทีมมีความพร้อมดูแล และจะ

ดูแลให้เต็มความสามารถ ผู้ป่วยจึงคลายความวิตกกังวลลง และในวันก่อนผ่าตัดแพทย์ได้ให้ยาคลายความวิตกกังวล Xanax (0.5) 1 tab oral hs. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลสามารถนอนหลับได้ ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บุตรชาย พร้อมให้การดูแลหลังผ่าตัด

วันผ่าตัด วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ.2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจก่อนผ่าตัด ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 12.00 น. เพื่อทำ Total Thyroidectomy และส่ง Biopsy ชิ้นเนื้อของต่อมไทรอยด์ ขณะผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือดจำนวน 500 ml ได้ PRC 1 unit iv drip ในห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดยัง On ET-tube ไว้เพื่อป้องกันภาวะ Airway obstruction เนื่องจากก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ หลังผ่าตัดผู้ป่วยถูกส่งตัวมาตรวจสอบอาการในห้องพักฟื้น เมื่ออาการคงที่ย้ายออกมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วย หูตา คอ จมูก ที่หอ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/72 มิลลิเมตรปรอท on endotracheal tube No 7 ลีกลุมปาก 22 เซนติเมตร ต่อกับ O₂T-piece 10 lit/min แผลผ่าตัดไม่มี เลือดซึม on Radivac drain 2 ขวด เพื่อระบายเลือดและสารคัดหลั่งจากแผลผ่าตัดไทรอยด์ด้านขวา และด้านซ้ายด้านละ 1 ขวด rt. Radivac drain มี content เป็นเลือดออกรวม 40 ml. lt. Radivac drain มี content เป็นเลือดออกรวม 50 ml ปวดแผล pain score 6-8 คะแนน ได้ยาแก้ปวด MO 5 mg. _{iv} ทุก 6 hr.อาการปวดแผลทุเลาลงหลังได้รับยา feed BD (1:1) 200 ml x4 feed รับ feed ได้ทุกมื้อ ติดตาม Ca, Alb., CBC หลังผ่าตัด ผลพบว่า Ca = 7.5 mg/dl (ต่ำกว่าปกติ) Alb=3.29 g/dl (ต่ำกว่าปกติ) มีอาการปลายมือ ปลายเท้าชา ไม่มีอาการเกร็ง ให้ CaCO₃ 3 tab oral tid pc, Calcitriol 1 tab oral OD pc ผล CBC พบว่ามีภาวะซีดเล็กน้อย Hb 11 g/dl Hct 33% ให้ FBC 1 tab oral tid pc และ Folic 1 tab oral OD pc.

หลังผ่าตัดวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ.2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม rt. Radivac drain

มี content เป็นเลือดออกเพิ่ม 20 ml lt. Radivac drain มี content เป็นเลือดออกเพิ่ม 30 ml ปวดแผลผ่าตัด pain score 5-7 ค่ะ แน่น ได้ยาแก้ปวด MO 5 mg. iv ทุก 6 hr อาการปวดแผลทุเลาลงหลังได้รับยา on endotracheal tube with O₂T-piece 10 lit/min ไร้สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5-38 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท ดูแลเช็ดตัวลดไข้และสังเกตภาวะไขต่อประเมนความพร้อมในการเอาสายสวนปัสสาวะออก พบว่าไม่มีข้อบ่งชี้ในการใส่แล้วจึงนำออก หลังจากนั้นผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง ผู้ป่วย on endotracheal tube with O₂T-piece 10 lit/min ไม่มีอาการหอบเหนื่อย O₂ saturation 98-100% แพทย์จึงพิจารณา off endotracheal tube ผู้ป่วยหายใจได้เอง สัญญาณชีพหลัง off endotracheal tube ชีพจร 84-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 98-100% off NG tube เริ่มจิบน้ำและรับประทานอาหารได้เองตามลำดับ ผลเจาะ Ca = 7 mg/dl (ต่ำกว่าปกติ) มีอาการชาปลายมือปลายเท้า ไม่มีชักเกร็ง แพทย์เพิ่ม CaCO₃ 4 tab oral tid pc และย้ายผู้ป่วยมาอยู่ในความดูแลที่ตึกพิเศษตา หู คอ จมูก หลังรับย้ายผู้ป่วยมาตึกพิเศษตา หู คอ จมูก ผู้ป่วยมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้ามากขึ้น ไม่มีอาการชักเกร็ง แพทย์ให้เจาะ Ca = 6.8 mg/dl (ต่ำกว่าปกติ) ให้ Ca-gluconate 10 ml iv push ซ้ำ ๆ

หลังผ่าตัดวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ.2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองบนเตียงได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-120/84 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย pain score 2-3 ค่ะ แน่น rt. Radivac drain มี content เป็นเลือดออกเพิ่ม 20 ml lt. Radivac drain มี

content เป็นเลือดออกเพิ่ม 20 ml ยังมีอาการชาปลายมือปลายเท้า ไม่มีชักเกร็ง Ca = 7 mg/dl (ต่ำกว่าปกติ) แพทย์ให้ Ca-gluconate 10 ml iv push ซ้ำ ๆ มีอาการไอ มีเสมหะสีขาว ให้ Flumucil 1 ของ oral tid pc เริ่มรับประทานข้าวต้มได้ 1 ถ้วย On 5%D/NSS 1000 ml iv 80 ml/hr Repeat blood for Ca อีกครั้ง เวลา 20.00 น. Ca = 7.5 mg/dl (ต่ำกว่าปกติ) ชาปลายมือปลายเท้าน้อยลง ให้ Ca-gluconate 10 ml iv push ซ้ำ ๆ ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที Ca = 8.2 mg/dl มีอาการชาปลายมือปลายเท้าน้อยลง

หลังผ่าตัดวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80-

130/90 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม แผลแห้งดีไม่บวมแดง ปวดแผลเล็กน้อย 1-2 ค่ะ แน่น Radivac drain ทั้ง 2 ข้าง ไม่มี content ออกเพิ่ม มีอาการไอนานๆครั้ง เสมหะสีขาว ผล Ca = 8.6 mg/dl แพทย์พิจารณาให้ off Radivac drain ทั้งสองข้าง ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารเองได้ หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แนะนำการดูแลแผลการทำแผล โรงพยาบาลใกล้บ้าน และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ บุตรชายเป็น Care giver รับทราบเข้าใจ ตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 90 จึงจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2567 เวลา 14.00น. ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่หอบเหนื่อย แผลผ่าตัดแห้งดีสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียสชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ไอนาน ๆ ครั้ง ไม่มีอาการชามือและเท้า แพทย์วางแผนส่งผู้ป่วยไปกลืนแร่ที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างดูแลผู้ป่วยพบปัญหาทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด	การพยาบาล ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทางและสอบถามถึงความกังวลใจ ของผู้ป่วยให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยว่าทีมรักษาพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี อธิบายเกี่ยวกับโรคต่อมไทรอยด์ที่ผู้ป่วยเป็น การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด อธิบายวิธีปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อธิบายเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งร่างกาย โดยการดมยาสลบซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตัวไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด ผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การพลิกตะแคงตัวและการลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของทรวงอกลดการคั่งค้างของเสมหะ ช่วยให้การระบายของสิ่งคัดหลั่งจากท่อน้ำลายเป็นไปโดยสะดวก การควบคุมและลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความเจ็บปวด เช่น การได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ การปฏิบัติตนอื่น ๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และการล้างมือให้ยาคลายความวิตกกังวลก่อนนอน ผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำคื่นก่อนผ่าตัด เข้าของวันผ่าตัดผู้ป่วยต้องอาบน้ำ แปรงฟัน บ้วนปาก เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ให้เรียบร้อย ถอดเครื่องประดับ ฟันปลอม ให้ข้อมูลแก่ญาติถึงสิ่งที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น บอกว่าสบายใจขึ้นที่ได้รับรู้แนวทางการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล บอกการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจจากการบวมของเนื้อเยื่อหรือมีเลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด	การพยาบาล ตรวจวัดสัญญาณชีพและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งแล้ววัดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจโดยสังเกตสีผิวหนังรอบ ๆ คอและฟ้าปิดแผลบริเวณคอ ตรวจสอบการทำงานของขดระบายของเหลวจากแผลเพื่อประเมินภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อ (Hematoma) ที่ทำให้กดบริเวณทางเดินหายใจได้และตรวจดูปริมาณเลือดที่ซึมที่ผ้าปิดแผล มีเลือดออกมากหรือน้อยโดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรก จัดให้ผู้ป่วยนอน ศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ ทุก 2 ชั่วโมง ประเมินอัตราการหายใจความลึก การใช้กล้ามเนื้ออื่น ๆ ช่วยในการหายใจและภาวะ cyanosis จัดเตรียมอุปกรณ์ในการเจาะคอให้พร้อมสำหรับกรณีฉุกเฉิน ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ เนื้อเยื่อพองออกซิเจน โดย ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพองออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต เหงื่อออก ตัวเย็น อาการกระสับกระส่าย ซึมลง ประเมินภาวะเลือดออกจาก แผลผ่าตัด Radivac drain ประเมิน Hct.ทุก 4 ชั่วโมง บันทึกชีพจร ความดันโลหิตและการหายใจเพื่อประเมินหน้าที่ของหัวใจและการหายใจ ช่วยเหลือกิจกรรมและให้ออกกำลังเท่าที่จะทำได้เพื่อให้หัวใจและปอดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความสนใจเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีอาการหายใจลำบากและใจสั่น เพื่อพิจารณาว่าสัญญาณชีพ การประเมินผล ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจไม่มีเสียงหายใจ Stridor ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพองออกซิเจนได้แก่ ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต เหงื่อออก ตัวเย็น อาการกระสับกระส่าย ซึมลง สัญญาณชีพปกติ โดยอัตราการหายใจ 80-98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60-140/90 มิลลิเมตรปรอทอุณหภูมิร่างกาย 36.5 -37.3 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation) 95-100 % ผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด ไม่มีอาการบวม ไม่มีเลือดซึม Radivac drain ข้างขวาออก 80 ml ข้างซ้าย 100 ml
มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัด กระทบกระเทือนต่อมพาราไทรอยด์	การพยาบาล บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 - 6 ชั่วโมง พร้อมประเมินปฏิกิริยาของระบบประสาทและกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่แสดงภาวะขาดแคลเซียม เช่น ชาตามริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง มือจับ ชักเกร็ง ตรวจเคาะปลายประสาทที่หน้าใบหู (Chvostek's sign) ถ้าผลบวกจะมีอาการกระตุกที่มุมปากข้างที่เคาะและตรวจ Trousseau's sign ทำโดยรัดแขนด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต โดยให้ความดันโลหิตสูงกว่าความดันซิสโตลิกเล็กน้อย รัดแขนนาน 2 - 3 นาที ทำให้มือชาเลือดชั่วขณะ ถ้าผลบวกจะมีอาการมือจับเกร็ง ดูแลให้ยา 10 % Calcium Gluconate 10 ml iv push ซ้ำ ๆ และ CaCO₃ (600mg) 3 tab oral tid pc & hs ดูแลเรื่องความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุจากอาการชักเกร็ง เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการเพื่อติดตาม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินค่าแคลเซียมตามแผนการรักษาของแพทย์ Monitor NIBP ติดตาม EKG การประเมินผล มีอาการชาที่มือหลังผ่าตัดวันที่ 2 และไม่มีอาการชักเกร็ง หลังผ่าตัดวันที่ 4-5 อยู่ในเกณฑ์ปกติ =8.2 – 8.5 mEq/L หลังผ่าตัดวันที่ 5 หายจากอาการชามือทั้ง 2 ข้าง ไม่มีชักเกร็ง
ไม่สุขสบายจากปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด	การพยาบาล ประเมินระดับความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด (pain scale) ชักถามและสังเกตอาการปวดเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน การให้การพยาบาลที่เหมาะสม อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุของการปวดแผล ผ่าตัด จัดท่าอนศิริระสูง ใช้หมอนรองบริเวณคอ ใช้มีมอรองรับบริเวณท้ายทอยระหว่างการเปลี่ยนท่า ขยับพลิกตะแคงตัวและประคองบริเวณศีรษะขณะลุกนั่ง เพื่อบรรเทาอาการตึงแผลและแผลแยก แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจแบบลึกยาวเพื่อผ่อนคลาย อาการปวดแผลผ่าตัด ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ MO 5 mg iv ทุก 4 hr. เวลา 10.30 น. ประเมินความปวดหลังให้ยาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ มีผื่นขึ้น หายใจไม่อึด แน่นหน้าอก ดูแลให้สายระบาย ไม่ให้หัก พับ งอ หรือดึงรั้งแผล แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจหรือการผ่อนคลายอาการปวดด้วยตนเอง เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การประเมินผล ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแผลลง พักผ่อนได้มากขึ้นหลังให้ยาและใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ Pain Score = 3-8 หลังให้ยาและใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ Pain Score = 2-3
เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากมีท่อระบายออกจากแผล	การพยาบาล วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ใช้ NSS เช็ดล้างรอบแผล และในแผลให้สะอาด สังเกตลักษณะสิ่งคัดหลั่ง ลักษณะบวมแดงบริเวณแผลและรอบแผล ดูแลให้สายระบายไม่ให้หัก พับ งอ หรือดึงรั้งแผล ให้มีการระบายได้ดี อธิบายไม่ให้ผู้ป่วยอุบหรือแกะเกาแผล ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการภายหลังให้ยา ได้แก่ ผื่น คัน ตามผิวหนัง การประเมินผล อุณหภูมิร่างกาย 36.9 - 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60 - 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 - 110 ครั้ง/นาที แผลผ่าตัดแห้งดี หลังผ่าตัดวันที่ 5 Off Radivac drain ออกได้
การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจทำให้พูดไม่มีเสียง	การพยาบาล ประเมินความสามารถการรับรู้ของผู้ป่วยที่จะใช้วิธีการสื่อสารด้วยวิธีอื่นแทนการพูดและได้จัดวิธีการสื่อสารโดยใช้การเขียนลงในสมุดหรือกระดาษ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเขียนหนังสือได้ แนะนำการใช้กริ่งเมื่อต้องการความช่วยเหลือ แนะนำญาติเรื่องการสื่อสาร ใช้กิริยาท่าทาง เช่น การพยักหน้าเป็นการตอบรับ การส่ายหน้าเป็นการปฏิเสธ เป็นต้น หรืออาจพูดเป็นประโยคสั้นๆ การประเมินผล พบว่าผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้โดยการเขียนความต้องการลงในสมุด ไม่เกิดปัญหาด้านการสื่อสาร
อาจมีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) ข้างหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมด	การพยาบาล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แผนการรักษาพยาบาลและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่น กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 1,800 - 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน รับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำแต่โปรตีนสูง มีวิตามินครบถ้วนและอาหารที่มีกากใย ติดตามผลการตรวจหาค่า total T3 total T4 free T4 และ TSH สังเกตอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ เหนื่อยง่าย นอนราบไม่ได้ เจ็บหน้าอก การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ มือชากล้ามเนื้อกระตุก หรืออาการชัก และไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล/กลัว เนื่องจากใส่ท่อหายใจออกมาหลังผ่าตัด	การพยาบาล ประเมินการรับรู้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ สังเกตอาการแสดงทางด้านร่างกาย ที่บ่งบอกถึงความวิตกกังวลหรือกลัว เช่น กระสับกระส่าย กระตือรือร้น ใคร์รู้้อย่างมากเกินสมควร ให้การดูแล จัดท่า กระดกขา ปากกา ให้ผู้ป่วยเขียนบอกความต้องการของตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความวิตกกังวลและสิ่งที่กลัว พยาบาลแสดงที่พยายามรับความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยและญาติด้วยความเข้าใจ และหลีกเลี่ยงการให้กำลังใจหรือปลอบโยนแบบไม่มีความหมาย เช่น การบอกว่าแล้วทุกอย่างจะดีขึ้นเอง แต่ใช้การอธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผิด อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อหายใจ ระยะเวลาที่ต้องใส่และสร้างความมั่นใจในความสามารถของเจ้าหน้าที่และประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ของเครื่องมือ อนุญาตให้ญาติประกอบกิจกรรมทางศาสนา หรือตามความเชื่อได้ตามความเหมาะสมโดยไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล แนะนำเทคนิคในการผ่อนคลายความเครียด เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ ฝึกทำสมาธิ ให้มีส่วนร่วมและรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมและสภาพแวดล้อม โดยบอกถึงเวลา สถานที่ บุคคลที่ให้การดูแล และให้ร่วมมือในกิจกรรมการดูแลตนเองตามความสามารถ จัดกิจกรรมการพยาบาลให้ครบถ้วนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วยน้อยที่สุด ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติบอกว่าสิ่งที่กังวลและกลัวคือ ความเจ็บป่วยหนัก กลัวความตาย ความเจ็บปวด กลัว เครื่องมือและสายต่าง ๆ จะหลุด กลัวไม่หายจากความเจ็บป่วย กลัวความพิการ ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ สีหน้าคลายความวิตกกังวล ไม่มีอาการหน้ามืดหัวเขมวต ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย และรับฟังคำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาล
ระยะจำหน่าย ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน	การพยาบาล อธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แนะนำการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การพักผ่อนควรนอนหลับให้เพียงพอในเวลากลางคืน 6 - 8 ชั่วโมง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอนให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ได้แก่ อาการมีไข้ อาการไอมากขึ้น เหนื่อยหอบ อาการมือเท้าชา ชักเกร็ง เป็นต้น แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ผู้ป่วยจะมีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ผู้ป่วยสามารถบริหารคอ เอียงซ้าย เอียงขวา ก้มและเงยหน้าได้ตามปกติ ถ้ามีอาการไข้สูง แผลบวมแดง มีน้ำหรือเลือดออกจากแผล กลืนลำบาก เสียงแหบ มีการกระตุกบริเวณใบหน้า หรือมีอาการอ่อนเพลีย หลงลืม ความคิดช้าลง เหนื่อยขา ผิวหยาบ ผมหงอก มีอาการง่วงผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการของภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ ให้มาพบแพทย์ทันที การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถาม การปฏิบัติตัวและการจัดการกับโรคที่เป็น สามารถบอกได้ว่าเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มือเท้าชา ชักเกร็ง ต้องรีบมาโรงพยาบาล อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2567 เวลา 14.00น. มาตรวจตามนัดวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ.2567 แผลที่คอแห้งดี ระดับแคลเซียมปกติ และส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมะเร็ง

สรุปและอภิปรายผล

จากการที่ต่อมไทรอยด์โตและเบียดสายเสียงเป็นเวลานานอาจทำให้สายเสียงเป็นอัมพาต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน นำไปสู่ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนได้ การใส่ท่อหลอดลมหลังการผ่าตัดออกมา เป็นการป้องกันภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะในการประเมินผู้ป่วยทั้งในขณะ On O₂ T-piece เนื่องจากเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนได้ตลอดเวลา เมื่อพิจารณาถอดท่อหายใจออกได้ จำเป็นต้องมีการประเมินการถอดท่อช่วยหายใจตามมาตรฐาน เพราะหากประเมินไม่ครอบคลุมต้องกลับไปใส่ท่อหลอดลมคอใหม่จะมีความยากลำบากเพราะสายเสียงจะบวม และมีผลให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจนได้ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมินใกล้ชิด ครอบคลุม ครบถ้วนตามมาตรฐาน จึงไม่เกิด

ภาวะดังกล่าว การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ อาการแทรกซ้อนที่พบได้ไม่บ่อยอาจเกิดขึ้นได้และมักจะเกิดขึ้นชั่วคราว เช่น อาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า อาการเสียงแหบ พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล เช่น การผ่าตัดอาจมีผลกระทบต่อเส้นประสาทของกล่องเสียงที่อยู่ใกล้กับต่อมไทรอยด์ ทำให้เสียงแหบชั่วคราวและจะดีขึ้นหลังจากการผ่าตัด 3 วันถึง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถร้องเพลงเสียงสูงได้หลังจากการผ่าตัด การผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดอาจมีผลกระทบต่อต่อมพาราไทรอยด์ ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมระดับแคลเซียมในร่างกาย ผู้ป่วยอาจต้องกินแคลเซียมและวิตามินดีเพื่อรักษาระดับแคลเซียมในร่างกายให้เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจต้องกินอาหารเสริมเหล่านี้ตลอดชีวิตและต้องตรวจเลือดเป็นประจำ

อาการเลือดไหลใต้แผลผ่าตัดอาจทำให้เกิดอาการบวม ผู้ป่วยบางรายอาจต้องได้รับการผ่าตัดอีกครั้งหนึ่งเพื่อหยุดอาการเลือดไหลและระบายเลือดที่คั่งออกมา อาการแทรกซ้อนเช่นนี้มีโอกาสเกิดน้อยมาก แผลติดเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน ส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี^{8,9,10}

ข้อเสนอแนะ

1. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ และเนื้องอกต่อมไทรอยด์ ควรเป็นบทบาทเชิงรุก มีการประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีก้อนที่คอ ให้ความสำคัญต่อการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องเนื้องอกต่อมไทรอยด์และโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์โดยการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เนื่องจากเนื้องอกต่อมไทรอยด์ ถ้าปล่อยไว้ให้ ก้อนมีขนาดใหญ่โดยไม่รักษา จะส่งผลให้ก้อนเนื้องอกเบียดอวัยวะข้างเคียง ได้แก่ 1) กล้องเสียง อาจทำให้เกิด อัมพาตของสายเสียง ส่งผลให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนตามมาได้ 2) หลอดลม ส่งผลให้ผู้ป่วย หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 3) หลอดอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก สำหรับโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ถึงแม้จะมีความรุนแรงของโรคต่ำแต่เมื่อได้รับการรักษาแล้วมีโอกาสหายขาด หรืออยู่ได้ถึง 10-20 ปี สูงถึงประมาณ 80-90% แต่หากพบโรคนี้ในผู้ชาย และในผู้ป่วยที่มีอายุ

ตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป มักมีความรุนแรงของโรคสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี

2. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ทำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด รูปของ Clinical pathway ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลเบื้องต้นในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ระดับโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย รวมทั้งระดับโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีแพทย์โสต ศอ นาสิก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการทบทวนอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาร่วมกัน เพื่อหาสาเหตุราก และวางแผนแก้ไขปัญหอย่างตรงประเด็น

3. ควรมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ระยะลุกลามเนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับผู้ดูแล ควรมีกระบวนการ empowerment ผู้ดูแลและครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ เพราะถ้าผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยล้า (fatigue) และเข้าสู่ภาวะเบิร์นเอาท์ (burn out) จะทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเมื่อระยะของโรคผู้ป่วยดำเนินมาถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยจะได้มีโอกาสตัดสินใจการตายด้วยตนเอง อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

4. ควรพัฒนาการสื่อสารกับผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ เช่น VCD ก่อนผ่าตัด มีคำบรรยายใต้ภาพ รูปภาพการสื่อสาร เช่น ภาพห้องน้ำ มีคำบรรยาย ปวดปัสสาวะ ถ่ายอุจจาระ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Auperin, A. (2020). Epidemiology of head and neck cancers: An update. *Current Opinion in Oncology*, 32(3), 178-186.
2. พิชิต สิทธิไตรย์. (2560) ตำราหู คอ จมูก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เชียงใหม่.
3. Brady GC, Goodrich J, Roe JWG. (2019). Using experience-based co-design to improve the pre-treatment care pathway for people diagnosed with head and neck cancer. *Support Care Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04877-z>.
4. American Thyroid Association. (2017). The Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum.; 27(3): 315-89.

5. พรชัย โอเจริญรัตน์. (2566). มะเร็งศีรษะและลำคอ. <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=695>
6. ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร; 28(2): 49-60.
7. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2566). สถิติมะเร็งต่อมไทรอยด์ปี 2563-2565. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
8. วรเวทย์ โรจน์จรัสไพศาล. (2562). การทำนายภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดไทรอยด์ โดยใช้แนวโน้มของระดับแคลเซียมในเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์; 32(2):69-78
9. Ahmad A, Khan HM, Chaudhry N, et al. (2016). Post thyroidectomy hypocalcemia-an audit of 100 cases. Annals of KEMC; 12(2): 285-7.
10. Wu J, Harrison B. (2010). Hypocalcemia after Thyroidectomy: The need for improved Definition. World J Endocr Surg; 2(1):17-20.

การประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาล หัวหน้าเวร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

Evaluation of the Interpersonal Communication Skills and Conflict Management Development Program for Head Nurses of a Tertiary Hospital in Khon Kaen Province.

(Received: September 25,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

อรัทัย พรณานนท์¹
Oratai Phannanon

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เปรียบเทียบทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม วิธีการศึกษา:การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-
Experimental Research(กลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง ดัดแปลงตามแนวคิดการจัดการความขัดแย้ง กลุ่มเป้าหมายพยาบาลวิชาชีพ
หัวหน้าเวรจำนวน 38คน ศึกษาเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ.2567 ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ One Way Repeated Measures Anova
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและแบบประเมินการจัดการความขัดแย้ง

ผลการศึกษาพบว่าทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที) คะแนนเฉลี่ย = 81.08 (ระยะติดตาม) คะแนน
เฉลี่ย = 84.16 (มีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม) คะแนนเฉลี่ย = 74.84 (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) $P < .001$ (การจัดการความขัดแย้ง
ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที) คะแนนเฉลี่ย = 15.92 (และระยะติดตาม) คะแนนเฉลี่ย = 14.89 (สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม) คะแนน
เฉลี่ย = 9.39 (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) $P < .001$ (

คำสำคัญ: การสื่อสารระหว่างบุคคล, การจัดการความขัดแย้ง, พยาบาลหัวหน้าเวร ,โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Abstract

Research aimed to compare the interpersonal communication skills and conflict management of head nurses of a
tertiary hospital in Khon Kaen Province before and after receiving the program. This research was a quasi-experimental
research, a single group pre- and post-test, adapted from the concept of conflict management. The target group was 38
professional head nurses. The study was conducted from March to April 2024. Descriptive statistics and One Way Repeated
Measures Anova were used. The research instruments were the Interpersonal Communication Skills Assessment and the
Conflict Management Assessment.

The results of the study found that the interpersonal communication skill immediately after joining the program
(mean score = 81.08) and the follow-up period (mean score = 84.16) was significantly higher than before joining the
program (mean score = 74.84) $P < .001$. The conflict management immediately after joining the program (mean score =
15.92) and the follow-up period (mean score = 14.89) was significantly higher than before joining the program (mean score
= 9.39) ($P < .001$).

Keywords: Interpersonal communication, Conflict management, Head nurse, Tertiary hospital

¹ โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

องค์กรที่ต้องทำงานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่ายทั้งภายในและภายนอกองค์กร อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งทางด้านการแพทย์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร โดยอาจเกิดผลกระทบทั้งในแง่บวกและลบต่อการทำงาน¹⁰ ปัญหาความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขอาจพบได้จากข่าวสารที่แพร่หลายบนอินเทอร์เน็ต โดยสาเหตุมาจากหลายปัจจัยเช่น พฤติกรรม ทักษะ ค่านิยม เชื้อชาติ ศาสนา บริบททางสังคม¹² องค์กรพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นองค์กรขนาดใหญ่และมีความสำคัญซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายระดับที่มีความแตกต่างกันทั้งทางด้านบทบาท ทักษะ อายุ ทักษะคิด และประสบการณ์ ซึ่งอาจนำไปสู่ความคิดเห็นและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน การกิจขององค์กรพยาบาลนอกจากการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรแล้วยังต้องให้ทันต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้พยาบาลมีทักษะการใช้งานอุปกรณ์ทางการแพทย์มากขึ้น³ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องปฏิบัติตามดูแลผู้ป่วย บันทึกรายการและภาระงานอื่นๆ ทำให้อาจเกิดความเครียดและมีโอกาสแสดงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้น โดยมากพบความขัดแย้งระหว่างพยาบาลด้วยกัน สาเหตุความขัดแย้งที่พบมากที่สุดคือด้านการติดต่อสื่อสาร (20.3%)⁸ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุความขัดแย้งได้แก่ ระดับการศึกษา การอบรม ความแตกต่างในการรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่⁸ สัมพันธ์กับการศึกษาของ Almost et al ในปี 2016 พบว่าสาเหตุของความขัดแย้งมีหลายปัจจัย เช่น ความแตกต่างของค่านิยมและเป้าหมาย การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ภาระงานที่ไม่สมดุล และความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการความขัดแย้งในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰

การสื่อสารในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับทุกกิจกรรมและบทบาทในการปฏิบัติงานพยาบาล อย่างไรก็ตาม การสื่อสารในองค์กรมักประสบปัญหาจากหลายปัจจัย

โดยเฉพาะความแตกต่างด้านความรู้ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ซึ่งอาจนำไปสู่ความเข้าใจผิดและปัญหาภายในองค์กร⁷ โดยการพัฒนาการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพเริ่มจากการปรับระดับความรู้ของผู้ส่งสารและผู้รับสารให้ใกล้เคียงกัน ส่งผลให้การสื่อสาร เข้าใจง่ายและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน⁶ นอกจากนี้ การเข้าใจวัฒนธรรมการสื่อสารของทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารช่วยให้สามารถเลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมาก จากการตอบแบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 38 คน พบว่าปัญหาอันดับหนึ่งในการปฏิบัติงานคือการจัดการความขัดแย้ง (ร้อยละ 39.5) รองลงมาคือทักษะ การติดต่อสื่อสารและการประสานงาน โดยร้อยละ 63.15 ของปัญหาสามารถจัดการได้เอง ร้อยละ 21.05 ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลอาวุโส ร้อยละ 13.16 จัดการไม่ได้ต้องให้ผู้มีหน้าที่ใกล้เคียงความขัดแย้งมาจัดการ และร้อยละ 2.64 จัดการไม่ได้จนเกิดข้อร้องเรียน การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหาพบว่า เกิดจากพฤติกรรมบริการของบุคลากร โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร การใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสมและไม่สุภาพ (ร้อยละ 42.9) ทำให้เกิดความไม่พอใจ ประสานงานกันน้อยลง มีการแบ่งฝักแบ่งฝ่ายเกิดขึ้น ซึ่งมักเกิดจากพยาบาลหัวหน้าเวรที่มีประสบการณ์น้อย ถึงแม้จะมีกรอบในการสื่อสารแต่ส่วนใหญ่ไม่ได้นำมาใช้อย่างเหมาะสม แม้จะมีพยาบาลอาวุโสดูแลและนิเทศกำกับในแต่ละเวร แต่จำนวนพยาบาลใหม่ที่มีจำนวนมากทำให้ไม่สามารถให้คำปรึกษาได้อย่างทั่วถึง ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสาร นำไปสู่ความคับข้องใจและเกิดการหลีกเลี่ยงการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากร ความขัดแย้งเหล่านี้มักไม่ได้รับการบันทึกรายละเอียดอย่างเป็นทางการ เนื่องจากเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือขององค์กร เมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงที่อาจนำไปสู่การร้องเรียนได้ทำให้ผู้บริหารต้องเสียเวลา ถึงร้อยละ 20 ในการจัดการความขัดแย้ง เช่น การค้นหา

ปัญหาที่แท้จริง การเจรจาไกล่เกลี่ย และการประสานความสัมพันธ์ การพัฒนาพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานจึงต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ปรับปรุงการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการรับฟังและความเข้าใจกัน ตลอดจนการช่วยเหลือและร่วมมือกัน การประชุมวางแผนและประสานงานที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายได้รวดเร็วขึ้น และส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรมการทำงานหรือแก้ปัญหา^{13,4} เสนอว่าการพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลภายในองค์กรสามารถทำได้โดยการทำกลุ่มสัมพันธ์ ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากร กระตุ้นการแสดงความคิดเห็น พัฒนาทัศนคติและค่านิยม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น การมีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ดีจะช่วยลดความรุนแรงของความขัดแย้ง ป้องกันการสูญเสียบุคลากรทางการพยาบาล และลดโอกาสการเกิดข้อพิพาทถึงขั้นฟ้องร้อง นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมความศรัทธาในวิชาชีพและภาพลักษณ์ขององค์กรอีกด้วย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและการจัดการความขัดแย้งมุ่งเน้นระหว่างพยาบาลหัวหน้าเวรกับบุคลากรทางการพยาบาลด้วยกันโดยเลือกใช้เทคนิคกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความขัดแย้ง ประโยชน์ที่ได้จากการนำโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารระหว่างบุคคลไปใช้ในการจัดการความขัดแย้งในการปฏิบัติงานได้

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2. เปรียบเทียบการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

รูปแบบและวิธีวิจัย/วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลช่วงเดือน มีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2567

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น จำนวนประชากร 567 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จากหอผู้ป่วยที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 38 คน

การดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลตามแนวคิดของ Devito และการจัดการความขัดแย้งตามแนวคิดของ Thomas & Kilmann โดยการบรรยายจากวิทยากรที่มีความรู้ความชำนาญเรื่องการสื่อสารระหว่างบุคคลและการจัดการความขัดแย้งตามแผนการฝึกอบรม ร่วมกับการฝึกทักษะการสื่อสารบุคคลตามแนวคิดของ Devito และการจัดการความขัดแย้งตามแนวคิดของ Thomas & Kilmann การสื่อสารระหว่างบุคคลตามแนวคิดของ Devito เทคนิคที่ใช้ในการฝึกการสื่อสารคือ การทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ค้นหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริงหลังจากการทำกิจกรรมกลุ่มการเรียนรู้จากสถานการณ์และการแสดงบทบาทสมมติ

แล้วมอบหมายให้พยาบาลหัวหน้าเวรผู้เข้าร่วมฝึกอบรมร่วมกันสรุปและนำเสนอแนวทางการสื่อสารที่เหมาะสมซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ โดยพยาบาลที่เข้าฝึกอบรมทำแบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและแบบประเมินการจัดการความขัดแย้งหลังเข้าโปรแกรม (Post- test ครั้งที่ 1) หลังจากพยาบาลหัวหน้าเวรที่รับการฝึกอบรมได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและค้นหาแนวทางการสื่อสารแล้วนำข้อสรุปแนวทางการสื่อสารที่ได้นำไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และบันทึกพฤติกรรมสื่อสารของตนเองในสถานการณ์ประจำวัน ตามแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสารประจำวันให้ผู้วิจัยมอบให้ การประเมินผลและการปรับปรุงแนวทางการสื่อสารครั้งที่ 1 ทีมพยาบาลหัวหน้าเวรทบทวนและประเมินผลปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสารและแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสารเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสารนำปัญหา/อุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสารที่นำไปใช้ในสถานการณ์จริงมาพูดคุย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันปรับปรุงหาข้อสรุปแนวทางที่เหมาะสม และนำข้อสรุปแนวทางที่ปรับปรุงแก้ไขกลับไปใช้อีกครั้งเป็นเวลา 1 สัปดาห์ พร้อมกับแบบบันทึกการสื่อสารประจำวัน) 1 สัปดาห์ (การประเมินผลและปรับปรุงแนวทางครั้งที่ 2 ร่วมกันอภิปรายถึงปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่พบและแสดงความคิดเห็นอภิปรายถึงปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่พบและแสดงความคิดเห็นระยะการประเมินผล (สัปดาห์ที่ 8) เกี่ยวกับผลการนำโปรแกรมไปใช้ตลอดจนการแก้ปัญหา โดยการทำแบบประเมิน ประกอบด้วย (Post- test ครั้งที่ 2) จัดทำคู่มือการสื่อสารระหว่างบุคคลของหน่วยงาน ประเมินผลโดยทำแบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและทำแบบประเมินการจัดการความขัดแย้งฉบับเดิม (post-test ครั้งที่ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ก่อนเข้า

โปรแกรม หลังเข้าโปรแกรมทันทีและระยะติดตามหลังเข้าโปรแกรม 3 สัปดาห์ จากนั้นนำมาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการจัดการความขัดแย้งโดยใช้สถิติ One Way Repeated Measures Anova กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษาได้แก่

- 1.1. คู่มือการสื่อสารระหว่างบุคคลของหน่วยงาน
- 1.2. แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Devito ศึกษาในปี 2003

- 1.3. แบบประเมินการจัดการความขัดแย้ง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการแก้ไขปัญหาตามวิธีการจัดการความขัดแย้งของ Thomas & Kilmann ศึกษาในปี 1974

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการศึกษา

- 2.1. แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและแบบประเมินการจัดการความขัดแย้ง ซึ่งได้กำกับการศึกษาโดยประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลก่อนการฝึกอบรม

- 2.2. ใบงานกิจกรรมในการอภิปรายกลุ่มของพยาบาลหัวหน้าเวรผู้ทำเข้าอบรม ใช้กำกับผู้ฝึกอบรมในการทำกิจกรรม

- 2.3. แบบสังเกตพฤติกรรมสื่อสารระหว่างบุคคล ใช้สำหรับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการสังเกตพฤติกรรมสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้เข้ารับการอบรม สังเกตพฤติกรรมสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

- 2.4. แบบรายงานตนเองในการสื่อสารระหว่างบุคคล ใช้สำหรับผู้เข้ารับการฝึกอบรมบันทึกการนำทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและแบบประเมินการจัดการความขัดแย้ง ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประสบการณ์การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ประสบการณ์การอบรมการจัดการความขัดแย้ง

ตอนที่ 2 แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างตามแนวคิดของ Devito มี 21 ข้อ ครอบคลุม 7 องค์ประกอบ แบ่งออกเป็นคำถามเชิงบวก 16 ข้อและคำถามเชิงลบ 5 ข้อ (ข้อ 4,15,18 และ 19) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5

ตอนที่ 3 แบบประเมินการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรพัฒนาตามกรอบแนวคิดการใช้กระบวนการแก้ปัญหา 7 ขั้นตอนของ⁹ และการจัดการความขัดแย้งของ Thomas & Kilmann¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินพฤติกรรมและแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการความขัดแย้ง 1ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารและการวิจัย 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการสอนและการเรียนรู้ทางการพยาบาลพบว่า แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.98 และแบบประเมินการจัดการความขัดแย้งเท่ากับ 1.0 ดังนั้นสรุปได้ว่า สามารถนำแบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและแบบประเมินการจัดการความขัดแย้งไปใช้ได้ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability coefficient) แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลหาค่าความเชื่อมั่น)Reliability (ด้วยวิธีการหาค่า Combach's Alpha ด้วยโปรแกรม SPSS มีค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 แบบประเมินการจัดการความขัดแย้งหาค่าความเชื่อมั่น)Reliability(เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยยึดหลักข้อมูลที่มีลักษณะสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย สามารถตอบคำถามของการวิจัยได้ตามที่กำหนดไว้ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล โดยใช้การสื่อสารระหว่างบุคคล และการประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้งและแบบสังเกตพฤติกรรมสื่อสารแบบสอบถาม และแบบประเมินที่สร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงานเป็นหัวหน้าเวร ประสบการณ์การอบรมการจัดการความขัดแย้ง วิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลและการจัดการความขัดแย้งก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม โดยใช้โปรแกรม SPSS ด้วยสถิติ Repeated Measures Anova

3. ประเมินผลโปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการจัดการความขัดแย้ง ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษารั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับการอนุมัติตามเลขที่โครงการ HE662193 ในวันที่ 17 มกราคม 2567 และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับอนุมัติตามเลขที่โครงการ KEMOU 66023 ในวันที่ 26 มกราคม 2567

ผลการศึกษา

1. ผลการเปรียบเทียบทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลของพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรมพบว่าพยาบาลหัวหน้าเวรมีค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและระยะติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพ

2. ผลการเปรียบเทียบการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่าพยาบาลหัวหน้าเวรมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการจัดการความขัดแย้งหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่ระยะติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 สัปดาห์ มีคะแนนต่ำกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที แต่เมื่อพิจารณาระยะติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 สัปดาห์ยังคงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพในการจัดการความขัดแย้ง

ข้อเสนอแนะ

1. การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมในอนาคตควรคำนึงถึงความแตกต่างของประสบการณ์และพื้นฐานความรู้ของผู้เข้าร่วมในแต่ละกลุ่มที่ทำกิจกรรม โดยอาจใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended learning) (เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวรทุกระดับประสบการณ์

2. เพื่อรักษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารและการจัดการความขัดแย้งในระยะยาว อาจจำเป็นต้องมีการจัดกิจกรรมทบทวนความรู้ การฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม หรือการสร้างโอกาสให้พยาบาลหัวหน้าเวรได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนจากองค์กรในการส่งเสริมการใช้ทักษะการสื่อสารและการจัดการความขัดแย้งในการปฏิบัติงานประจำวันร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล).2561 .(บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ .กรุงเทพฯ :สื่อตะวัน.
2. ธนพล ศรีชัยรัตน์ และ วิโรจน์ เกษภูาลักษณ์).2563 .(อิทธิพลของการสื่อสารที่มีต่อการจัดการความขัดแย้งในองค์กรภาครัฐ .วารสารบริหารธุรกิจ, 43)168(, 1-25.
3. นิตยา ศรีญาณลักษณ์).2554 .(การบริหารการพยาบาล .กรุงเทพฯ :ประชุมช่าง .
4. นิรันดร์ จุลทรัพย์).2542 .(สำหรับการฝึกอบรมกลุ่มสัมพันธ์ .พิมพ์ครั้งที่ 3 .สงขลา :เหมการพิมพ์ .
5. พาริดา อิบราฮิม).2542 .(สาระการบริหารพยาบาล .พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ :สามเจริญพานิชย์ .
6. วิภา รักการสื่อสาร).2564 .(กลยุทธ์การพัฒนาการสื่อสารภายในองค์กร .กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. สมชาย ใจดี).2565 .(ปัญหาการสื่อสารในองค์กรและแนวทางแก้ไข .วารสารการจัดการสมัยใหม่, 20)1(, 45-60.
8. สุกัญญา แผ้วงษา).2551 .(ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร .วารสาร สุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน ,22)ฉบับพิเศษ(, 45-58.
9. Adler, R.B., & Elmhorst, J.M).2005 .(Communicating at work :Principles and practices for business and the professions . New York :McGraw-Hill .
10. Almost, J., Wolff, A .C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L .G., Strachan, D., & D'Souza, C).2016 .(Managing and mitigating conflict in healthcare teams :An integrative review .Journal of Advanced Nursing, 72)7(, 1490-1505.
11. Devito, J.A).2003.(Human communication :The basic course .9th ed .Boston :Pearson Education.
12. Omisore, B.O., & Abiodun, A.R).2014 .(Organizational Conflicts :Causes, Effects and Remedies .International Journal of Academic Research in Economics and Management Sciences, 3)6(, 118-137 .
13. Romig, D.A).1996.(Breakthrough teamwork :Outstanding result using structured teamwork .Chicago :Irwin.
14. Thomas, K. W., & Kilmann, R .H).2007 .(Thomas-Kilmann conflict mode instrument .Boston, MA :Xicom

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการพยาบาล เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : โรงพยาบาลยโสธร

Development of a health promotion model for personnel at risk using nursing processes to
prevent non-communicable chronic diseases: Yasothon Hospital.

(Received: September 21,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

วรรณัน จันทรชัย¹

Woranan Chantrachai¹

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลยโสธร การวิจัยนี้ใช้วิธีการคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด > 150 mg/dL, คอเลสเตอรอล > 250 mg/dL, ดัชนีมวลกาย > 30 kg/m², รอบเอวในเพศชาย > 90 ซม. หรือเพศหญิง > 80 ซม., ระดับน้ำตาลในเลือด > 110 mg/dL และความดันโลหิต > 140/90 mmHg เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบบสังเกตพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยนี้พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาวะที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังคาดหวังว่าบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการจะสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการดูแลสุขภาพ อันจะส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์โดยรวมของโรงพยาบาล

คำสำคัญ : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ, บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง,กระบวนการพยาบาล

Abstract

The objective of this action research is to develop a health promotion model for hospital staff at risk of non-communicable diseases at Yasothon Hospital. This research employs a purposive sampling method, selecting 60 participants based on specific criteria: triglyceride levels > 150 mg/dL, cholesterol > 250 mg/dL, body mass index > 30 kg/m², waist circumference > 90 cm for males or > 80 cm for females, blood glucose levels > 110 mg/dL, and blood pressure > 140/90 mmHg. Data collection tools include focus group discussion records, health promotion behavior observation forms, and data collection forms for the experimental implementation of the health promotion model.

The results of this research were expected to lead to the development of an effective health promotion model, focusing on modifying health behaviors of at-risk staff members. This model aims to reduce the risk of non-communicable diseases and promote overall well-being among the hospital personnel. Furthermore, it is anticipated that participants in the program will serve as positive role models for health care, ultimately contributing to an improvement in the overall quality of medical services provided by the hospital.

Keywords: chronic non-communicable diseases, health promotion model, non-communicable disease risk personnel.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2โรงพยาบาลยโสธร

ระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรและเป็นภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตจาก NCDs ทั่วโลกประมาณ 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจาก NCDs ประมาณ 392,000 คน คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด¹ นอกจากนี้ ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระบุว่า ในปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วย NCDs ที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากถึง 14.2 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 8.5 ล้านคน และโรคเบาหวาน 5.7 ล้านคน²

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคกระดูก และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 และความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 25.4³ นอกจากนี้ ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีภาระโรคจาก NCDs คิดเป็นร้อยละ 74 ของภาระโรคทั้งหมด โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ 1 รองลงมาคืออุบัติเหตุทางถนน และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิด NCDs โดยพบว่าประชากรไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ร้อยละ 81.8 บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ

ร้อยละ 28.1 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.1 สูบบุหรี่ และร้อยละ 28.4 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁴

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด NCDs เช่นเดียวกับประชากรทั่วไป แม้ว่าจะเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ แต่ด้วยลักษณะการทำงานที่มีความเครียดสูง ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด NCDs จากผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพในคลินิกอาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลโสธร 3 ปีซ้อนหลัง 2563- 2565 พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง คิดเป็นร้อยละ 16.13, 14.63, 12.99 ระดับคลอเรสเตอรอลสูง คิดเป็นร้อยละ 14.77, 8.76, 8.54 BMI $\geq$ 30 ร้อยละ 5.81, 7.98, 8.42 รอบเอวในเพศหญิง >80 ซม. ร้อยละ 17.50, 21.45, 21.68 รอบเอวในเพศชาย >90 ซม. ร้อยละ 4.08, 12.14, 7.08 ตามลำดับ และทำการตรวจสมรรถภาพการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Ankle Brachial Index :ABI) ในกลุ่มเสี่ยง 60 ราย ผลปกติ 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.60 ผิดปกติ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.34 จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าบุคลากรโรงพยาบาลโสธรรยังคงมีความเสี่ยงทางสุขภาพและมีแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน NCDs ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล กระบวนการนี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบครบคลุม และมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกัน NCDs จึงเป็นแนวทางที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการความเครียด และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิด NCDs และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปได้

ในปี 2566 ได้พบบุคลากรป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 6 ราย รักษาอาการดีขึ้น 6 ราย มี 1 รายที่ยังหลงเหลือความพิการ ดังนั้นผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคิดกระบวนการพยาบาล⁵ โดยมีกระบวนการดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ ผลตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้วยเครื่องมือพิเศษ ABI/Inbody/EKG 2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Nursing Diagnosis) บุคลากรเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) คัดเลือกบุคลากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการรักษาเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) การจัดอบรมเข้าฐานเชิงปฏิบัติการ มีการบูรณาการร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ 4.1) การทบทวนความรู้เรื่องโรคและการช่วยเหลือเมื่อพบอาการผิดปกติภาวะฉุกเฉินโดยอายุรแพทย์เฉพาะทางโรคหลอดเลือดหัวใจ 4.2) ธงโภชนาการ โดยโภชนาการให้ความรู้หลักการคำนวณแคลอรีที่เหมาะสม 4.3) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนเลือด 4.4) สมาธิบำบัดเพื่อฝึกการผ่อนคลายและลดความเครียด และ 4.5) การประเมินผล (Evaluation)

จากผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพในคลินิกอาชีวเวชกรรมโรงพยาบาลโยธธ 3 ปีย้อนหลัง 2563- 2565 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับไตรกลีเซอไรด์สูง คิดเป็นร้อยละ 16.13, 14.63, 12.99 ระดับคลอเรสเตอรอลสูง คิดเป็นร้อยละ 14.77, 8.76, 8.54 BMI ≥ 30 ร้อยละ 5.81, 7.98, 8.42 รอบเอวในเพศหญิง > 80 ซม. ร้อยละ 17.50, 21.45, 21.68 รอบเอวในเพศชาย > 90 ซม. ร้อยละ 4.08, 12.14, 7.08 ตามลำดับ และทำการตรวจสมรรถภาพการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Ankle Brachial Index :ABI) ในกลุ่มเสี่ยง 60 ราย ผลปกติ 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.60 ผิดปกติ

20 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.34 จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าบุคลากรโรงพยาบาลโยธธยังมีภาวะความผิดปกติทางสุขภาพและมีแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้นอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคระบบหลอดเลือดหัวใจและสมอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพ การจัดกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นแก่บุคลากรตามแต่ละกลุ่มปัญหา เพื่อสร้างเสริมให้เกิดความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมกับวิถีชีวิต รวมทั้งสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการดูแลสุขภาพ สามารถขยายผลสู่บุคคลในครอบครัวและประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลโยธธ
2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลโยธธ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สังกัดโรงพยาบาลโยธธ ศึกษาระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ กลุ่มบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลโยธธ ที่เข้ารับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ และตรวจพบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power การเลือก t tests - Means: Difference from constant (one sample case): Fixed model, R² deviation from zero และกำหนด effect size = 0.05, error prob. = 0.05 และ power (1-B error prob.) = 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1. อายุ อยู่ในช่วง 35-59 ปี
 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีผลดังนี้ ระดับไขมันในเลือด TG >150 , Cho >250, ระดับน้ำตาลในเลือด > 110 mg%
 3. ระดับความดันโลหิต >140/90 mmHg
 4. ความยาวรอบเอว เพศหญิง >80 cms , เพศชาย > 90 cms
 5. ค่า BMI >30
 6. ผลตรวจ ABI ตรวจพบมีภาวะหลอดเลือดแข็งตัว และการอุดตันของหลอดเลือด
 7. ผลการตรวจ EKG พบมีภาวะผิดปกติ
- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ
1. ผู้ป่วยเสียชีวิต
 2. ลาออก/ย้ายสังกัด
 3. มีภาวะเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่มีอันตรายต่อชีวิต
- ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน ต.ค.65 ถึง มิ.ย 66

เครื่องมือเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย กระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. แบบประเมินสุขภาพทางวาจา (verbal screening) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมินความรู้, ความเข้าใจทางสุขภาพ, การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ,การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง , พฤติกรรมสุขภาพ

2. แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ผลตรวจ BMI, Inbody Score, BI, SYS, DIA, PWV, AR ASI, RA SYS, AR DIA,

3. ผลตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้วยเครื่องมือพิเศษ ABI/Inbody/EKG/Echocardiogram

4. แบบบันทึกภาวะสุขภาพรายบุคคล

5. แบบบันทึกการจัดกลุ่มภาวะสุขภาพของบุคลากร ได้แก่ กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ

6. แบบบันทึกภาวะสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ Over BMI, Pre DM, Pre HT, DLP

7. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มบุคลากรที่เสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

ฐานที่ 1 ธงโภชนาการ การคำนวณปริมาณและประเภทอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย

ฐานที่ 2 การออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมความแข็งแรงและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเผาผลาญพลังงานและการไหลเวียนเลือด

ฐานที่ 3 สมาธิบำบัด

8. แบบบันทึกและสรุปผลการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้

9. แบบสังเกตพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

10. แบบวิเคราะห์และสรุปผลการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

11. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

12. แบบบันทึกความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกรอง จำนวน 18 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) กำหนดระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

ระดับ 3 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

- ระดับ 2 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย
ระดับ 1 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด
- ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล**
- ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย
- 1.การประเมินสภาวะสุขภาพ (Assessment)
 - 1.1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ
 - 1.2 วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง NCDs ตรวจร่างกายแลพบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 1.3 สํารวจและประเมินพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร
 - 2.การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Nursing diagnosis)
 - 2.1 ระบุปัญหาสุขภาพ
 - 2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา
3. การวางแผน (Planning)
 - 3.1 การวางแผนออกแบบรูปแบบสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดเป้าหมายร่วมกับบุคลากร
 - 3.2 ออกแบบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.3 วางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.4 สร้างเครื่องมือประเมินผล
- ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
 - 4.1 นำกิจกรรมที่กำหนดขึ้นตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง
 - 4.2 สร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วม
 - 4.3 สนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
 5. การประเมินผล (Evaluation)
 - 5.1 ติดตามผลทางคลินิก
 - 5.2 ติดตามผลทางพฤติกรรม
 - 5.3 ประเมินความพึงพอใจ
- การวิเคราะห์ข้อมูล**
- วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ (Paired t test)

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโสธร เลขที่ YST 2022-37 ลงวันที่ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าประสพการณ์ที่ผ่านมาจากประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง จะทำอย่างไรไม่ให้เกิดสิ่งที่ไม่ดีขึ้นต่อสุขภาพ และทำอย่างไรให้ครอบครัวมีสุขภาพที่ดีและ ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าประสพการณ์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ คือ 1) ประสพการณ์การเจ็บป่วยจากคนใกล้ตัว และ 2) การประสพความสำเร็จในการออกกำลังกาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1) ประสพการณ์การเจ็บป่วยจากคนใกล้ตัว ประสพการณ์การเจ็บป่วยจากคนใกล้ตัว คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวเห็นและ รับฟังข้อมูลข่าวสาร หรือเคยผ่านเหตุการณ์ที่คนใกล้ตัวเจ็บป่วย

ความรู้ความเข้าใจและทันต่อสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ ด้วยวิธีการส่งเสริม คือ 1) การเข้าถึงสื่อโซเชียลมีเดีย และ 2) การบอกต่อจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งแต่ละวิธีการมีรายละเอียดดังนี้ 1) การเข้าถึงสื่อโซเชียลมีเดีย การเข้าถึงสื่อโซเชียลมีเดีย คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวเข้าถึงข้อมูลด้าน สุขภาพด้วยการใช้สื่อโซเชียลมีเดียในการรับรู้ข่าวสาร

เนื่องจากปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายช่องทาง และมีข่าวสารสุขภาพที่เชื่อถือได้และเชื่อถือไม่ได้ ดังนั้นก่อนที่ จะนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอวิธีการนำข้อมูล ทางด้านสุขภาพมาใช้ ด้วยวิธีเหล่านี้ คือ 1) การรู้จักแยกแยะ 2) การสอบถามจากคนใกล้

ตัว และ 3) การหา ข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละวิธีการมี รายละเอียดดังนี้ 1) การรู้จักพิจารณาไตร่ตรอง การ รู้จักพิจารณาไตร่ตรอง คือ การที่เมื่อบุคคลรับข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพไม่ว่าจะด้วยช่องทางการรับรู้ ข่าวสารด้วยวิธีใดก็ตาม ควรมีการรู้จักพิจารณา แยกแยะข้อมูลเหล่านั้นว่ามีความน่าเชื่อถือหรือไม่ อย่างไร จากการสัมภาษณ์พบว่า ข้อมูลด้านสุขภาพ ในปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ง่ายและทันสถานการณ์ เพียงแต่จะต้องมาทบทวน ตัดสินใจว่าข้อมูลที่ได้รับมานั้นเชื่อถือได้หรือไม่ หากในกรณีที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ตามสื่อโทรทัศน์ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมา คอยชี้แนะนำเสนอข้อมูลข่าวสาร น่าจะมีความ น่าเชื่อถือและสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติตัวได้ แต่

หากข้อมูลข่าวสารมาจากสื่อทางอินเทอร์เน็ต (วรรณ จันทราชัย, 2567).²⁹

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อย ละ 80 อายุ 51 –60 ปีมากที่สุด รองลงมาคืออายุ 41 –50 ปี ร้อยละ 35 จำนวนและร้อยละของดัชนีมวล กาย >30(อ้วนระดับ 2) ร้อยละ 33.33 จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างค่า Inbody Score ที่มากที่สุดคือระดับ 3 จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการ ตรวจสุขภาพ ก่อนและหลังการตรวจสุขภาพ Paired t-test โดยใช้ chi-square test

ตาราง 1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการตรวจสุขภาพ ก่อนและหลังการตรวจสุขภาพ

ค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (DIA)	ผลตรวจสุขภาพ		p - value
	ก่อน n = 60	หลัง n = 60	
1. ค่าดัชนีมวลกาย BMI	1.13	1.12	0.000*
2. ค่าการประเมินภาวะเครียดที่มีผลต่อการทำงานของต่อมหมวกไต (ASI)	63.82	64.08	0.000*
3. ค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว (SYS)	126.40	126.22	0.000*
1. ค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (DIA)	74.78	73.72	0.000*
2. ค่าความเร็วของจังหวะการเต้นของชีพจร (Pulse wave velocity : PWV)	14.27	14.45	0.000*
3. ค่าการประเมินภาวะเครียดที่มีผลต่อการทำงานของต่อมหมวกไต (RA ASI)	144.25	139.45	0.000*
4. ค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว (RA SYS)	145.22	144.02	0.000*
5. ค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (RA DIA)	69.95	72.10	0.000*

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตาราง 1 พบว่าค่าดัชนีมวลกาย BMI ค่า การประเมินภาวะเครียดที่มีผลต่อการทำงานของต่อมหมวกไต (ASI) ค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว (SYS) ค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (DIA) ค่า ความเร็วของจังหวะการเต้นของชีพจร (Pulse wave velocity : PWV) ค่าการประเมินภาวะเครียดที่มีผล ต่อการทำงานของต่อมหมวกไต (RA ASI) ค่าความดัน ขณะหัวใจบีบตัว (RA SYS) และค่าความดันขณะ หัวใจคลายตัว (RA DIA) มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักเฉลี่ยของ กลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าร่วมโครงการจนถึงสิ้นสุด โครงการ พบว่า น้ำหนักเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 70.71 กิโลกรัม เมื่อสิ้นสุดโครงการ เท่ากับ 69.34 กิโลกรัม เมื่อ นำไปทดสอบโดยใช้สถิติ t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ แต่จะเห็นได้ว่า น้ำหนัก เฉลี่ยของกลุ่มเป้าหมาย มีแนวโน้มลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ ยังพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ไขมันในช่องท้อง และ ความแข็งแรงของร่างกาย หลังสิ้นสุด โครงการมี

แนวโน้มดีขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างเห็นได้ชัด⁶ ดังนี้

ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในเกณฑ์อ้วนมากที่สุด 37 คน (ร้อยละ 61.67) รองลงมา คือ น้ำหนักเกิน 19 คน (ร้อยละ 31.67) และปกติ 4 คน (ร้อยละ 6.66) หลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า อยู่ในเกณฑ์อ้วนมากที่สุดลดลงเหลือ 31 คน (ร้อยละ 51.67) รองลงมา คือ น้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นเป็น 11 คน (ร้อยละ 18.33) และปกติเพิ่มขึ้นเป็น 18 คน (ร้อยละ 30.00)

ระดับไขมันในช่องท้องของกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในเกณฑ์เกินมาตรฐาน 31 คน (ร้อยละ 51.67) และปกติ 29 คน (ร้อยละ 48.33) หลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า อยู่ในเกณฑ์เกินมาตรฐานลดลงเหลือ 33 คน (ร้อยละ 55.00) และปกติเพิ่มขึ้นเป็น 27 คน (ร้อยละ 45.00)

ความแข็งแรงของร่างกายส่วนบนของกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในเกณฑ์อ่อนแอมากที่สุด 39 คน (ร้อยละ 65.00) รองลงมา คือ ต้องพัฒนา 15 คน (ร้อยละ 25.00) และปกติ 6 คน (ร้อยละ 10.00)

ชนิดของกล้ามเนื้อของกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในเกณฑ์อ่อนแอมากที่สุด 36 คน (ร้อยละ 60.00) รองลงมา คือ ปกติ 23 คน (ร้อยละ 38.33) และกล้ามเนื้อมากกว่าไขมัน 1 คน (ร้อยละ 1.67) หลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็น 41 คน (ร้อยละ 68.33) รองลงมา คือ อ่อนแอลดลง เหลือ 16 คน (ร้อยละ 26.67) และกล้ามเนื้อมากกว่าไขมันเพิ่มขึ้นเป็น 3 คน (ร้อยละ 5.00)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้

1. ควรสร้างแรงกระตุ้นแก่กลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมผ่านสื่อช่องทางต่างๆ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. บุคลากรควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพให้มากขึ้น เนื่องจาก กลุ่มเป้าหมายมี

ความพร้อมต่อการร่วมกิจกรรม แต่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมให้ครบทุกขั้นตอนได้เนื่องจาก ปัจจัยต่างๆ ทำให้เห็นผลลัพธ์ได้ไม่ชัดเจน

3. เพิ่มการใช้ระบบสื่อสารผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ให้มากขึ้น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ/สนใจ ต่อการดูแลสุขภาพ อีกทั้ง สามารถใช้เป็นช่องทางติดต่อสื่อสาร และให้คำปรึกษาระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม ไลน์ได้อีกทางหนึ่งด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากโครงการดังกล่าวมีระยะเวลาการดำเนินโครงการเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพียงแค่ 6 เดือน ซึ่งการลดน้ำหนักหรือการสร้างสุขภาพให้แข็งแรง และเห็นผลชัดเจนนั้นจะต้องใช้เวลาอย่างต่ำ 1 ปี ควร ขยายระยะเวลาดำเนินโครงการให้นานขึ้นหรืออย่างน้อยมีระยะเวลาดำเนินการ 1 ปีขึ้นไป จึงจะเห็นความ เปลี่ยนแปลงหรือแนวโน้มที่ดีขึ้นได้ เพื่อผลลัพธ์ที่ชัดเจน

2. การศึกษาในครั้งต่อไปควรนำผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านเข้ามาทำงานร่วมกัน เช่น นักกำหนดอาหาร นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา ฯลฯ เพื่อเป็นทีมที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ และให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. บุคลากรควรให้ความสำคัญโดยอาจมอบเป็นนโยบายหรือข้อปฏิบัติขององค์กร เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนตลอดไป

4. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มการสร้างแรงกระตุ้นหรือแรงบันดาลใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิด การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดโครงการ และเกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก จะทำให้เห็น ผลลัพธ์ที่ชัดเจนและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

5. การพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมเพื่อการลดน้ำหนักในครั้งต่อไป อาจต้องใช้แรงสนับสนุนทางสังคม มาช่วยอีกทางหนึ่ง เช่น ครอบครัวและคนใกล้ชิด เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมทางสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือ เป็นอย่างดียิ่งจากทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแล บุคลากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : โรงพยาบาลโสธร ประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสุขศึกษา นักวิทยาศาสตร์การกีฬา นักการแพทย์แผนไทย พยาบาลจิตเวช และ

บุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วม กิจกรรมโดยมีนางดวงพร วัฒนเรืองโกวิท พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางสาว ลัดดา คำแดง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและนาง กัญญาณี สัตยารังสรรค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ หัวหน้างานอาชีวเวชกรรม ที่ปรึกษางานวิจัย ที่ให้คำแนะนำทั้งทางด้านวิชาการ การตรวจติดตาม และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้งานวิจัยมีความ ถูกต้อง และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยจึง ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข (2564) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2564. กรุงเทพมหานคร : องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2540). การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565) รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565) สถิติข้อมูลประชากร. รายงานการวิจัย สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
5. Stufflebeam, D. L. (1971). Educational Evaluation and Decision Making Itasca. Illinois: Peacock.
6. วรณัน จันทราชัย. (2567) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, โรงพยาบาลโสธร.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง : กรณีศึกษา

Nursing care of the patient with necrotizing fasciitis and severe sepsis : A case study

(Received: September 19,2024 ; Revised: September 26,2024 ; Accepted: September 29,2024)

วรรณภา ตาลเพชร¹

Wanna Tanpet¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 51 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ปวดแน่นท้อง และมีแผลที่นิ้วหัวแม่มือเท้าข้างซ้าย เป็นโพรงลึก

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ได้แก่ มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ไตวายเฉียบพลัน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ปวดแน่นท้อง ภาวะช็อค วิตกกังวล ภาวะน้ำท่วมปอด ปวดแผลผ่าตัด ซึ่งผลการดูแลรักษาทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ส่วนปัญหาที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสเกิด ได้แก่ เสี่ยงต่อเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง เสี่ยงต่อเกิดภาวะเลือดออกง่าย หยุดยาก เสี่ยงต่อการหายของแผลช้า เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เสี่ยงต่อแผลติดเชื้อ และเกิดแผลที่เท้าซ้ำ เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งได้รับการป้องกัน ติดตาม และเฝ้าระวัง ทำให้ทุกปัญหาไม่เกิดขึ้น

คำสำคัญ : โรคเนื้อเน่า, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the problems and nursing care of a patient with necrotizing fasciitis and severe sepsis. This patient is a 51-year-old male with a history illness of type 2 Diabetes mellitus and dyslipidemia. The patient came with the chief complaint of abdominal pain with a deep cavity wound on the left big toe.

This study found that an important problem that has arisen during care is as follows: 1) poor tissue perfusion, severe sepsis, acute kidney injury, Hyperglycemia, abdominal pain, anemia, anxiety, pulmonary congestion, and pain at the surgical site. The result of nursing care is that all problems have been resolved. As for problems that have risks or opportunities to occur, they include ketone acidosis, bleeding and difficult to stop, delayed wound healing, urinary tract infection, wound infection and recurrence of diabetic foot, complications of diabetes mellitus which receive protection, tracking, and surveillance so that every problem does not occur.

Keywords: necrotizing fasciitis, severe sepsis

บทนำ

โรคเนื้อเน่า หรือโรคแบคทีเรียกินเนื้อคน (Necrotizing Fasciitis) จัดเป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนังชั้นลึก ตั้งแต่ชั้นหนังกำพร้า ชั้นหนังแท้ ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ไปจนถึงชั้นเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อและเส้นประสาท¹ โดยเชื้อจะเจริญอย่างรวดเร็ว และหลั่งสารพิษที่เรียกว่า Toxin ซึ่งจะทำลายเนื้อเยื่อและทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อบริเวณที่เกิดการติดเชื้อ เชื้อจะ

เข้ากระแสเลือดและอาจลุกลามไปยังส่วน อื่น ๆ ของร่างกายได้ โรคแบคทีเรียกินเนื้อคน พบไม่บ่อยแต่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยมีโอกาสสูงต่อการเสียชีวิตหรือเกิดภาวะทุพพลภาพจากการสูญเสียอวัยวะ หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์สูงกว่า 15.5 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี โดยมีความพิการจากการสูญเสียอวัยวะร้อยละ 12 – 83² และพบอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 34 กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเนื้อ

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

เน่า ได้แก่ ผู้ที่โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้สูงอายุ ผู้ที่เป็นโรคอ้วน ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ ผู้ที่รับประทานยาสเตียรอยด์หรือยาชุด เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้ มักมีปัญหาระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม อวัยวะส่วนปลายการขาดเลือด และติดเชื้อ ร่วมกับภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเมื่อมีการติดเชื้อที่ผิวหนัง มักจะแพร่กระจายลงในชั้นใต้ผิวหนังได้ง่ายและรวดเร็ว และเกิดเป็นโรคเนื้อเน่า (Necrotizing Fasciitis) ตามมา³

จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้ป่วยโรคเนื้อเน่า จำนวน 21 , 44 และ 22 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 10, 12, และ 9 ราย ตามลำดับ มีภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด 6 , 3, และ 3 ราย ตามลำดับ เสียชีวิต 4 , 6, และ 1 ราย ตามลำดับ⁴ โดยมีผู้ป่วยบางราย รับไว้ดูแลที่หอผู้ป่วยพิเศษรวมใจเอื้อ ซึ่งในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา รับดูแลผู้ป่วยโรคเนื้อเน่า จำนวน 4 ราย โดยจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้อเน่า พบว่าสาเหตุที่ทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น คือ ผู้ป่วยบางรายได้รับการประเมินแรกรับ การให้ยาปฏิชีวนะ และการปรึกษาศัลยแพทย์ล่าช้า ผู้ป่วยไม่เข้าใจเรื่องโรคและแผนการดูแลรักษา รวมทั้งกลัวความเจ็บปวด ภายหลังการตัดเนื้อตายออก จึงปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไปแล้วจนเนื้อเยื่อของแผลเริ่มแดง และเนื้อตายน้อยลง แพทย์จึงจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อทำแผลต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน แต่เนื่องจากขาดการวางแผนจำหน่ายที่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการติดเชื้อที่แผล จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้อเน่ายังขาดประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าเป็นรายกรณี เพื่อนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าของหน่วยงานและโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยโรค เนื้อเน่าที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง

วิธีการศึกษา

เลือกโรคที่จะศึกษา จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรค คัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ศึกษาปัญหาและวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี นักร้องศาสนาพุทธ สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง เข้ารับการรักษาวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคครั้งแรก Infected wound left foot with partial gut obstruction การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Necrotizing Fasciitis Lt. foot, Severe sepsis, Ileus การผ่าตัด Big toe amputation with debridement วันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำหน่ายวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 18 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ปวดแน่นท้อง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีแผลที่นิ้วหัวแม่มือเท้าซ้าย บวมแดง

7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไม่ถ่ายอุจจาระ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง ท้องไม่อาเจียน ไม่ได้ไปรักษาที่ใด

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดแน่นท้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

15 ปีที่แล้ว เคยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ 10 ปีก่อนเป็นโรคเบาหวาน 6 ปีก่อนเป็นไขมันในเลือดสูง 2 ปีก่อน เป็นแผลเรื้อรังที่เท้าและตัดนิ้วกลางเท้าซ้าย

1 ปีก่อน เป็นแผลเรื้อรังที่เท้าและตัดนิ้วก้อยเท้าซ้าย ยาที่ใช้ปัจจุบัน ได้แก่ Metformin,

Pioglitazone, Glipizide, ASA, Atorvastatin,
Novamix 25-0-20

การประเมินสภาพร่างกาย

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี GCS= 15 (E₄V₅M₆)

สัญญาณชีพ : BT = 37.4 °C, PR = 92

beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 20 beat/min

(สม่ำเสมอ), BP = 100/60 mmHg

หัวใจและหลอดเลือด : O₂ sat 90 - 94%

ตาและช่องปาก : เยื่อบุซีด

ท้อง : ท้องอืด ปวดแน่นท้อง กดเจ็บทั่วท้อง

ไม่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้

กล้ามเนื้อและกระดูก : นิ้วหัวแม่มือเท้าข้างซ้ายมี

แผล เป็นโพรงลึกประมาณ 1 นิ้ว บวมแดง

การขับถ่าย : ไม่ถ่ายอุจจาระมา 7 วัน

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล เครียด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

CBC พบ WBC $20.62 \times 10^3 \text{ cell/mm}^3$,
Neutrophil 92.5 %, Lymphocyte 4.6 %, Hb =
10.6 g/dL, Hct 32.6 % Blood chemistry พบ BUN

45 mg/dL, Creatinine 3.26 mg/dL, Albumin 2.3
g/dL, Alkaline phosphatase 220 U/L

Hemo culture No growth

Pus culture พบ Moderate proteus

mirabilis

ผลการตรวจอื่นๆ

22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 U/S whole
abdomen พบ positive air fluid level, bowel
dilatation, air in rectum, no ileus

24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 CXR พบ
congestion in both lung

การรักษา

0.9 % NSS 500 ml (V) load then 120
mL/hr

Metronidazole 500 mg (V) q 8 hr,
Ceftriaxone 2 gm (V) OD, Meropenem 500 mg
(V) q 8 hr, Augmentin 1.2 gm (V) q 8 hr, Losec 1
amp (V) q 12 hr, HN และ RI ปรับตามผล DTX,
Glipizide (5mg) 1 tab (O) bid ac, MOM 30 ml (O)
hs, vacuum dressing, Intracite gel ใส่แผล

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะแรกรับและก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะ เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการ ไหลเวียนเลือดลดลงจากติดเชื้อในกระแส เลือดอย่างรุนแรง ข้อมูลสนับสนุน: 1. BT= 38-39.2 °C, P = 90-106 /min, หายใจเหนื่อย RR= 26 beat/min, 2. O₂ sat = 90%, capillary refill time 2 วินาที Serum lactate 3.7 mmol/L, 3. CBC พบ Hb = 10.6 g/dL, Hct = 32.6 %, WBC สูง = $20.62 \times 10^3 \text{ cell/mm}^3$, Neutrophil สูง = 92.5%, Lymphocyte ต่ำ = 4.6 % 4. SOS = 7 คะแนน (T=2 คะแนน, P=1 คะแนน, R=2 คะแนน, urine =2 คะแนน)	1. ติดตาม ประเมินสัญญาณชีพ ค่า MAP และ Pulse pressure ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อความเพียงพอของปริมาณของสารน้ำและ/หรือความผิดปกติในระบบไหลเวียน เลือด 2. ประเมิน การหายใจ อัตรา จังหวะ ลักษณะการหายใจ และการขยายของทรวงอกทั้งสองข้าง เพื่อ เฝ้าระวังภาวะการหายใจลำบาก 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 45 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ปอดขยาย ตัวได้ ดีขึ้น และปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้น 4. ดูแลให้ O₂ cannula 3 lit/min เพื่อเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกาย 5. ตรวจวัดและติดตามค่า O₂ sat, capillary refill time เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 6. สังเกต และเฝ้าระวังอาการของภาวะขาดออกซิเจนของผู้ป่วย เช่นริมฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือ ปลายเท้าเขียว เท้าออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว 7. ดูแลให้ 0.9%NSS 1,000 ml (V) load 500 ml then rate 100 mL/hr เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำ ในหลอดเลือด 8. ประเมินอาการของภาวะช็อค ได้แก่ สิวหนังซีด เหลือง เยื่อตาซีด และติดตามค่า Hb, Hct เพื่อ ประเมินความรุนแรงของภาวะช็อค 9. ติดตามค่า serum lactate เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจนไปเลี้ยง WBC เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. พบ SIRS criteria 4 ข้อ ได้แก่ $T > 38^{\circ}\text{C}$, $\text{PR} > 90 \text{ beat/min}$, $R > 20/\text{min}$, $\text{WBC} > 12,000 \text{ cell/mm}^3$ 6. มี source infection คือ แผลที่นิ้วหัวแม่มือข้างซ้าย เป็นโพรงลึกประมาณ 1 นิ้ว วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกาย 2. เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ 3. เพื่อกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุก่อโรค	10. ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกและประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไต 11. ประเมินอาการแสดงทางคลินิกอาการที่บ่งชี้ว่ามีการตอบสนองต่อการให้สารน้ำทดแทน ได้แก่ PR ลดลง, $\text{urine output} \geq 30 \text{ ml/hr}$ หรือ $\geq 0.5 \text{ ml/kg/hr}$ 12. ทำ Septic workup ส่งสิ่งส่งตรวจเพาะเชื้อ ได้แก่ Hemo culture, Pus culture 13. ดูแลแผล และให้ Metronidazole 500 mg (V) q 8 hr, Ceftriaxone 2 gm (V) OD ตามแผนการรักษา 14. ประเมินการทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว ทุก 1 ชั่วโมงโดยใช้ SOS score และรายงานแพทย์เมื่อ SOS score ≥ 2 คะแนน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ SBP = 100 - 130 mmHg, DBP = 50 - 80 mmHg, PR = 86 - 100 beat/min, RR = 20 - 22 beat/min ไม่มีภาวะ central และ peripheral cyanosis $\text{O}_2 \text{ sat} = 96 - 98\%$, MAP = 67-90 mmHg, Pulse pressure = 40-50 mmHg, $\text{urine output} = 154 \text{ ml/hr}$ หรือ 1.9 ml/kg/hr ไม่ได้ตรวจ serum lactate, CBC ค่า SOS score ลดลงเหลือ 4 คะแนน capillary refill time = 1 วินาที เยื่อเมือกชื้นเล็กน้อย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งในร่างกายและสูญเสียความสมดุลของเกลือแร่และโปรตีนในเลือดเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยมีภาวะ Acute kidney injury; AKI 2. BUN=45 mg/dl, Creatinine=3.26 mg/dl, GFR=20.79 ml/min/1.73 m² 3. $\text{urine output} = 550 \text{ ml}$ ใน 24 ชั่วโมง (22 ml/hr หรือ 0.3 ml/kg/hr) 4. Sodium=134 mmol/L, Albumin=2.3 g/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อป้องกันประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง 2. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะกรดในเลือด (Metabolic acidosis), Hyperkalemia, Hypo/hypematremia, Hyperphosphatemia, Hypocalcemia, Hypermagnesemia 3. เพื่อรักษาความสมดุลของโซเดียมและอัลบูมินในเลือด	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดไตวายอย่างเฉียบพลัน เช่น ความดันโลหิตสูง หายใจลำบาก ภาวะกรดในเลือด 2. สังเกตระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินภาวะ uremic encephalopathy 3. บันทึกปริมาณสารน้ำ เข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 4. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป 5. ฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะ Pulmonary edema 6. สังเกตอาการบวมบริเวณแขน ขา ดูลักษณะ neck vein ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 7. ดูแลให้ได้รับอาหารจัด โปแตสเซียมต่ำ ฟอสฟอรัสต่ำ แคลอรี่สูง ตามแผนการรักษา 8. ประเมินข้อบ่งชี้ในการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ค่า Blood urea nitrogen (BUN) $> 80 \text{ mg/dl}$ ค่า serum creatinine (Cr) $> 8 \text{ mg/dl}$ และมีภาวะ uremic encephalopathy 9. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม สภาพปากแห้งและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้น้อยกว่า 180 mg/dl 10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, Creatinine และ GFR เกลือแร่ในเลือด โดยเฉพาะ K, Na, PO_4, Mg, Ca, HCO_3 11. ติดตามผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติจากการขาดสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ Hyperkalemia และ Hypermagnesemia 12. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml (V) drip rate 100 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปริมาณโซเดียมในเลือด 13. สังเกตอาการทางคลินิกที่แสดงว่ามีภาวะโซเดียมต่ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง และชัก 14. สังเกตอาการทางคลินิกที่แสดงว่ามีภาวะอัลบูมินต่ำ ได้แก่ อาการบวม น้ำ ภาวะเลือดเป็นด่าง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีภาวะ Pulmonary edema และได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้น BUN = 25 mg/dl, Creatinine = 1.10 mg/dl, GFR เพิ่มขึ้น = 77.32 ml/min/1.73 m² $\text{urine output} = 154 \text{ ml/hr}$ หรือ 1.9 ml/kg/hr ผล Electrolyte พบ Na ปกติ = 136 mmol/L, K ปกติ = 4.1 mmol/L, HCO_3 ปกติ = 22.0 mmol/L ส่วน PO_4, Mg, Ca, Albumin ตามแผนการรักษาไม่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypocalcemia, Hypermagnesemia Hyperphosphatemia
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากภาวะขาดน้ำ	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะคีโตะซีโตซิสและภาวะขาดน้ำ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
อินซูลินและการสลายกลูโคสภายในเซลล์เพิ่มขึ้น ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยมีประวัติเป็น DM type II มา 10 ปี - แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยมีภาวะ severe sepsis - ผล DTX = 189 - 254 mg/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล - เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ - เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง	- สังเกตอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ รับประทานอาหารมาก (Polyphagia) ตื่นน้ำมาก (Polydipsia) ปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) น้ำหนักลด (Weight loss) - สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะคีโตอะซิโดซิส (DKA) ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก (Kussmaul breathing) หมดสติ (coma) อาการของภาวะขาดน้ำ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ซีก เป็นลมหายใจมีกลิ่น acetone - ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 0.9%NSS 1,000 ml (V) drip rate 100 ml/hr เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง - DTX ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด - ดูแลฉีด RI SC ตามผลระดับน้ำตาลในเลือด แผนการรักษา ฝ้าระวังและสังเกตผลข้างเคียง คือ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยมีอาการใจสั่น ใจหวิว หน้ามืด ตาลาย เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ซึมลง หมดสติ หรือชัก - ดูแลให้อาหารอ่อนเฉพาะโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมและลดระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะคีโตอะซิโดซิส ผล DTX อยู่ในช่วง 222 - 275 mg/dl แพทย์เพิ่มขนาด RI ใน scale ตามผล DTX
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแน่นท้องเนื่องจากมีน้ำและลมคั่งค้างในกระเพาะอาหารและลำไส้ ข้อมูลสนับสนุน - ประวัติไม่ถ่ายอุจจาระมา 7 วัน - ผู้ป่วยบ่นปวด แน่นท้อง กดเจ็บทั่วท้อง หายใจไม่สะดวก	- ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำทางปากในระยะแรก เพื่อลดการกระตุ้นการหลั่งน้ำย่อยทำให้ผู้ป่วยมีอาการแน่นอึดอัดเพิ่มขึ้น - ตรวจนับอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ทางผนังหน้าท้องส่วนขวาล่าง (right lower quadrant) นาน 5 นาที เพื่อประเมินการทำงานของลำไส้ - สอบถามผู้ป่วยถึงอาการเรอ ผายลม เพื่อประเมินการบีบตัวของลำไส้ในการไล่ลมออกจากกระเพาะอาหาร - ดูแลให้ใส่ NG. tube ต่อลงถึง เพื่อระบายเอาลมและสารเหลวที่อยู่ในกระเพาะอาหาร ออกมา ทำให้ลำไส้ลดความโป่งพอง และลดแรงกดดันลำไส้ ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปผนังลำไส้ได้ดีขึ้น ลดการบวมและอาการปวด
- Pain score = 3 - 4 คะแนน - ท้องอืด - ไม่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ - NG. tube มี content สีน้ำตาลออก 60 ml - ผล U/S whole abdomen พบ positive air fluid level, bowel dilatation, air in rectum วัตถุประสงค์การพยาบาล - เพื่อลดอาการปวดแน่นท้อง - เพื่อลดการคั่งค้างของน้ำและลมในกระเพาะอาหารและลำไส้	- บันทึกลักษณะ ปริมาณของเหลวที่ออกจาก NG. tube เพื่อประเมินการสูญเสียน้ำในร่างกาย - แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว การออกกำลังแขน ขา ลูกนั่งบนเตียงบ่อยๆ เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้และช่วยขับลมออก - สวนอุจจาระ ด้วย Unison เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้บีบตัวและขับอุจจาระออกมา - ดูแลให้ยาระบาย (stimulant laxative) MOM 30 ml (S) hs เพื่อช่วยให้อุจจาระอ่อนตัวขับออกได้ง่าย - ดูแลให้ Losec 1amp (V) q 12 hr เพื่อยับยั้งการไหลกรดในกระเพาะอาหาร เนื่องจากกรด เมื่อทำปฏิกิริยากับ bicarbonate ที่มีอยู่ในน้ำย่อย ทำให้เกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ - ประเมินและบันทึก Pain score ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อตรวจสอบระดับความปวดหลังให้การดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแน่นท้อง ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระปกติ ผายลมได้ เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 6-12 ครั้ง/นาที แพทย์จึงพิจารณา Off NG. tube และเริ่มให้รับประทานอาหารอ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยภาวะช็อคเนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากภาวะไตวายและขาดธาตุเหล็ก ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน - เยื่อปอดช็อค	- แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีสารอาหารที่จำเป็นในการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ขาว ฯลฯ - ระวังอุบัติเหตุ ไม่ให้ร่างกายมีการกระทบกระแทกแรงๆ เพราะทำให้ผู้ป่วยมีการเสียเลือด และช็อคมากขึ้น - ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ผลการตรวจ CBC พบ Hb =10.6 g/dl, Hct =32.6% วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือด 2. เพื่อส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง	4. สังเกตและเฝ้าระวังการสูญเสียเลือดตามระบบหรืออวัยวะต่าง ๆ เช่น แผล ปวดท้อง ท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บ NG-มี content เป็น coffee ground ถ่ายดำ ปัสสาวะมีเลือดปน เป็นต้น 5. ประเมินภาวะชืดตามเยื่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น เยื่อตา เยื่อช่องปาก และเล็บ 6. ติดตามผลการตรวจ Hb, Hct เพื่อประเมินความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และความผิดปกติของลักษณะเม็ดเลือดแดงจากการขาดธาตุเหล็ก ประเมินผลการพยาบาล เยื่อตาชืดเล็กน้อย ไม่มีการสูญเสียเลือดตามระบบหรืออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่ได้ตรวจ CBC ซ้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. หลังจากผู้ป่วยทราบว่าต้องผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการซึมลงทันที นอนเอนมือกายหน้าผาก 2. ผู้ป่วยบอกพยาบาลว่า ตนเองสูญเสียนิ้วเท้าข้างเดียวกันมา 2 นิ้วแล้ว ถ้าผ่าตัดตัดนิ้วที่เหลืออีกแล้วจะมีผลต่อการเดินหรือการใช้ชีวิตประจำวันหรือไม่ วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์	1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการตัดนิ้วเท้า และขั้นตอนต่าง ๆ ในการผ่าตัด รวมทั้งการให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับทีมบุคลากรสุขภาพ ที่จะคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งก่อนและหลังผ่าตัด 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่าง ๆ และซักถามข้อสงสัย โดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดี 3. พูดคุยกับผู้ป่วยโดยยกตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่น ที่ได้รับการตัดนิ้วเท้าไปแล้ว และประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ สามารถปรับตัวได้อย่างดีในการดำรงชีวิตประจำวัน 4. อธิบายถึงผลกระทบหลังตัดนิ้วเท้า ไม่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน มากนัก แต่อาจทำให้เท้าไม่สวย เดินไม่สะดวก 5. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย 6. สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีการดมยาเข้าช่องไขสันหลัง ดังนี้ 6.1 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ดื่มน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำย่อยหรือเศษอาหารจากกระเพาะเข้าไปสู่ปอดระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก 6.2 การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ นอนราบ 6-8 ชั่วโมงโดยสามารถหนุนหมอนและพลิกตะแคงตัวได้ เพื่อป้องกันการกดทับของผิวหนังที่อาจเกิดจากประสาทอัตโนมัติไม่ทำงาน สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์หรือพยาบาล คือ อาการของผลข้างเคียงของยาแก้ปวดที่ให้ทางไขสันหลังได้แก่ คัน คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะมาก อาการของภาวะพร่องน้ำในช่องไขสันหลัง เมื่อลุกนั่งแล้วมีอาการปวดศีรษะ บริเวณหน้าผาก ท้ายทอย ดึงที่ต้นคอ และอาการปวดจะทุเลาลงเมื่อนอนราบบนเตียงระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากการขาดบริเวณส่วนล่างของร่างกาย ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางดีสดชื่นขึ้น สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุที่ต้องตัดนิ้วเท้า การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวผ่าตัดเป็นอย่างดี
ระยะหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะน้ำท่วมปอด ข้อมูลสนับสนุน 1. หายใจเหนื่อย R= 24-28 beat/min 2. O₂ sat = 88% 3. ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ 0.9% NSS 1,000 ml (V) load 500 ml then rate 100 ml/hr 4. จากการ record intake - output พบในระยะ 4 ชั่วโมงแรกรับ intake = 1,150 ml, output = 360 ml	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 2. ประเมินอาการของภาวะขาดออกซิเจนของผู้ป่วย เช่น ริมฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 45 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น และปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้น 4. ดูแลให้ O₂ mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด 5. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ คือ Lasix 40 mg (V) q 8 hr เพื่อขับน้ำออกจากร่างกาย 6. ลด rate IV.Fluid (V) เหลือ 60 ml/hr เพื่อลดปริมาณสารน้ำเข้ากระแสเลือด 7. บันทึก intake / output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออกร่างกาย 8. ฟังเสียงปอดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินเสียงน้ำในปอด ได้แก่ เสียง crepitation 9. ติดตามผลการตรวจ CXR เพื่อประเมินภาวะ pulmonary edema ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ฟังเสียงปอดไม่พบ Crepitation ผล CXR พบ congestion both lung ลดลง BP=120/70-160/90 mmHg, PR = 70-90 beat/min, RR= 20 beat/min, O₂ sat = 96 - 98% intake = 1,600 ml , output = 4,400 ml

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง Crepitation both lung 6. Portable CXR พบมี congestion both lung วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากสารคีโตนคั่ง ในร่างกายจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็น DM type II มา 10 ปี 2. ผู้ป่วยมีภาวะ severe sepsis 3. DTX = 422 mg/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินระดับความรู้สึกตัว ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะขาดน้ำภาวะกรดในร่างกาย 2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ 0.9%NSS 1,000 ml (V) drip 80 ml/hr เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ 3. เจาะ DTX เข้า, เย็น ตามแผนการรักษา และดูแลให้ HN SC ตามผล DTX ดูแลฉีด HN 20 unit SC เข้า HN 15unitSC เย็น พร้อมสังเกตผลข้างเคียงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 4. ดูแลให้ RI 50 unit in 0.9%NSS 100 ml (V) drip 5 μl / hr สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 5. ดูแลให้ยา Glipizide (5mg) 2 tab (O) bid ac เพื่อกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลิน สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา คือน้ำตัวหนักเพิ่ม ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 6. ดูแลให้ O₂ cannula 3 -5 lit/min เพื่อช่วยให้สมองและเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 7. ตรวจวัดและบันทึก O₂ sat ทุก 2 - 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากเลือดมีภาวะเป็นกรด 8. บันทึกจำนวนสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ 9. ติดตามผลการตรวจเลือด ได้แก่ FBS, Ketone, HCO₃ เพื่อนำมาประเมินภาวะการคั่งของกรดคีโตน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี BP =100/70- 130/80 mmHg, PR =70 – 88 beat/min, RR = 20 BEAT/min, BT=36.4 - 37.3°C, O₂ sat = 96 - 98%, ลมหายใจไม่มีกลิ่น acetone ผล DTX อยู่ในช่วง 123 - 149 mg/dl ผลการตรวจ HCO₃ อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 22 mmol/L จำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับเฉลี่ย 1,250 ml/day จำนวนปัสสาวะเฉลี่ย 3,000 ml/day
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกรู้สึก ปวดแผลที่เท้าข้างซ้าย 2. ประเมิน Pain score = 4 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินความเจ็บปวด ทุก 2-4 ชั่วโมง และประเมินจากสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย เช่น คิ้วขมวด นอนกระสับกระส่าย ฝ่ามือเวลาเปลี่ยนท่ากำมือแน่น เหงื่อออก หน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น 2. แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวด โดย การหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ ทางปาก เพื่อผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด 3. ดูแลให้นอนยกเท้าสูง เพื่อป้องกันการบวมของแผล 4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 3 mg q 6 hr หากมีอาการปวดแผล พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และการหายใจช้าลงกว่าปกติ ประเมินผลการพยาบาล ได้รับยา Morphine 3 mg จำนวน 1 ครั้งในวันแรกของการผ่าตัด หลังได้ยา 1 ชั่วโมง บอกว่าทุเลาปวด Pain score ลดลง = 2 คะแนน สีหน้าผ่อนคลาย นอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดเนื่องจากภาวะเลือดออกง่าย หยุดยากจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติรับประทานยา ASA	1. ปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลเบามือ ระมัดระวังการพยาบาลที่อาจเกิดอันตรายหรือเสี่ยงต่อการเกิด เลือดออกได้ง่าย เช่น การเจาะเลือด การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การแทงเข็มเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยภายหลังทำกิจกรรมพยาบาลดังกล่าว ควรกดห้ามเลือดให้นานประมาณ 5 นาที หรือจนกว่าเลือดจะหยุดไหล 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย หลีกเลี่ยงสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ ได้แก่ การตกเตียง การกระแทกกระแทก การถูกของมีคม ซึ่งจะทำให้เกิดบาดแผลได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันทำให้เกล็ดเลือดทำงานบกพร่อง 3. ผลการตรวจ Coagulogram test พบ PT =14.6 วินาที, INR =1.30, APTT ratio =10.4 วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย	3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยตัดเล็บให้สั้น และไม่ควรวางบริเวณผิวหนังหรือตามตัว เพื่อป้องกันการเกิดแผล 4. การแปรงฟันควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงนิ่ม ๆ หลีกเลี่ยงการใช้ไหมขัดฟัน 5. เฝ้าระวังและสังเกตอาการเลือดออกตามบริเวณต่างๆ ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระสีดํา จําเลือดใต้ผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน เยื่อจมูก ปัสสาวะมีเลือดปน เป็นต้น 6. ติดตามผลการตรวจ Hb, Hct, Platelet และ Coagulogram (PT, PTT, INR) เพื่อประเมินภาวะช็อคและปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุและมีเลือดออกตามบริเวณต่าง ๆ ไม่ได้ตรวจหาปริมาณ platelets และ Coagulogram test ซ้ำ
ระยะพักฟื้น ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหายของบาดแผลซ้ำเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงบาดแผลลดลง และสภาพแผลเอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยเป็น DM ระดับน้ำตาลในเลือดยังสูง DTX = 422 mg/dl 2. ผู้ป่วยมีแผล Debridement 1st toe Amputation 3. แผลมี Slough บางแห่ง เนื้อแผลสีชมพูซีด ขอบแผลซีด ภายในแผลมีความชื้นตลอดเวลาจากสารคัดหลั่ง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมการหายของบาดแผล	1. ประเมินสภาพบาดแผล ได้แก่ ลักษณะเนื้อแผล ขนาดของแผล ลักษณะและปริมาณของสารคัดหลั่งออกจากแผล เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของบาดแผล 2. ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ วันละ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อของบาดแผล 3. ดูแลชนิด HN ตามผล DTX และ HN 20 unit SC เข้า HN 15unit SC เย็น ดูแลให้ RI 50 unit in 0.9%NSS 100 ml (V) drip 5 µd / hr, Glipizide (5 mg) 2 tab (C) bid ac เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา คือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 500 mg (V) q 8 hr, Augmentin 1.2 gm (V) q 8 hr ตามแผนการรักษา 5. เปลี่ยนการทำแผลเป็นแบบสุญญากาศตามแผนการรักษา โดยปฏิบัติตามแนวทางการทำแผลโดยวิธีสุญญากาศ และให้การดูแล ดังนี้ 5.1 ปรับแรงดันเครื่องดูดสุญญากาศประมาณ 125 mmHg เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดมายังบาดแผล และกำจัดสารคัดหลั่งที่ออกจากแผล 5.2 ดูแลให้ชุดปิดแผลสุญญากาศให้อยู่ในระบบปิด โดยสังเกตการทำงานของชุดปิดแผลสุญญากาศ ลักษณะของแผ่น ฟองน้ำจะแนบไปกับพื้นแผล และไม่มีเสียงลมรั่ว หากมีรอยรั่วอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนแผ่นใหม่หรือหาตำแหน่งรอยรั่ว แล้วปิดแผ่นฟิล์มทับเพื่ออุดรอยรั่วนั้น ๆ 5.3 สังเกตและบันทึกลักษณะ สี จำนวนสารคัดหลั่งที่ออกมาแต่ละเวร ถ้าเป็นสีแดงสดออกมาจากสายระบายมากกว่า 200 ml ใน 12 ชั่วโมงหรือ เปลี่ยนเป็นสีแดงสด รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับลดแรงดันหรือเปิดแผล เพื่อประเมินภาวะเลือดออก 5.4 ดูแลเฝ้าระวังไม่ให้สายระบายหัก/พับ/งอ/ อุตัน ไม่มีรอยรั่วซึม แรงดันลบอยู่ระดับที่กำหนด เพื่อให้การระบายสิ่งขับหลั่งให้มีประสิทธิภาพ 5.5 บันทึกสัญญาณชีพ และประเมินระดับความปวด ทุก 4 ชั่วโมง หากมีอาการปวดที่บริเวณแผลมาก พิจารณาลดแรงดูดลงจนถึงระดับที่ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด รายงานแพทย์เพื่อประเมินและให้ยาแก้ปวดร่วมด้วย 5.6 ดูแลจัดทำให้สุขสบาย สอนเทคนิคผ่อนคลาย เพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น การหายใจช้า ๆ เป็นจังหวะ แนะนำการทำสมาธิ เพื่อส่งเสริมการ ผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจ 5.7 ทำแผลและเปลี่ยนวัสดุปิดแผลทุก 3 วัน ประเมินผลการพยาบาล ภายหลังทำแผลแบบสุญญากาศได้ 3 วัน แผลแดงดี ไม่มี slough ไม่มีสารคัดหลั่ง ขนาดแผลเล็กลง และดีขึ้น ไม่ปวดแผล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะไว้และภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรค DM 2. ผู้ป่วยได้รับการคาสายสวนปัสสาวะไว้	1. ดูแลสายสวนปัสสาวะและถุงปัสสาวะให้เป็นระบบปิดอยู่เสมอ เพื่อป้องกัน เชื้อโรคเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะ 2. แวนถุงเก็บปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะไม่น้อยกว่า 1 ฟุต เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของปัสสาวะเข้าสู่ตัวผู้ป่วย และปลายท่อเก็บปัสสาวะต้องอยู่ห่างจากพื้นเสมอ 3. ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหัก พับ งอ หรือดึงรั้งท่อปัสสาวะ โดยยึดตรึงด้วยพลาสติกที่บริเวณหน้าท้องน้อย เพื่อไม่ให้เกิดการอุดตันของสายสวนปัสสาวะและมีปัสสาวะคั่งค้าง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	4. การเหน็บปัสสาวะใช้หลัก aseptic technique ทุกครั้งโดยก่อนปลดสายสวนปัสสาวะออกจากท่อระบายปัสสาวะ ต้องเช็ดบริเวณข้อต่อ ด้วยการเช็ด 70 % Alcohol เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและทำลายเชื้อ 5. เทปัสสาวะออกจากถุงทุก 8 ชั่วโมง หรือประมาณ 1/2 ถึง 2/3 ของถุง เพื่อไม่ให้ปัสสาวะเต็มหรือล้นถุงรองรับปัสสาวะ ส่งผลให้การไหลของปัสสาวะย้อนกลับได้ 6. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยเฉพาะบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะและสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า เย็น และทุกครั้งภายหลังถ่ายอุจจาระ 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ 0.9% NSS 1,000 ml (V) drip 80 ml/hr และกระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 2,000 ml เพื่อเจือจางความเข้มข้นของน้ำปัสสาวะ ทำให้ไม่เกิดการตกตะกอน 8. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 500 mg (V) q 8 hr, Augmentin 1.2 gm (V) q 8 hr ตามแผนการรักษา 9. สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน กลิ่นฉุน เป็นต้น 10. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ UA, U/C เพื่อประเมินการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ T= 36.4 - 37.3°C ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน แพทย์ให้ถอดสายปัสสาวะออก หลังจากนั้นผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบขัด ไม่ปวดท้องน้อย
ระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อบาดแผลติดเชื้อและเกิดแผลที่เท้าซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลบาดแผลและเท้า เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลบาดแผลไม่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามเรื่องการเท้าแผล 3. ผู้ป่วยไม่เคยตรวจดูเท้าอย่างละเอียดทุกวัน 4. ตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลเท้าไม่ได้ 5. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นแผลที่เท้าและถูกตัดนิ้วเท้ามาแล้ว 2 ครั้ง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล และการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าซ้ำ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลบาดแผลของผู้ป่วยและญาติ 2. ให้คำแนะนำในการดูแลบาดแผล ดังนี้ 2.1 ทำความสะอาดแผลทุกวันทั้งที่โรงพยาบาล คลินิก หรือโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล ใกล้บ้าน 2.2 ระวังอย่าให้แผลเปื่อยขึ้นหรือถูกน้ำ เพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบ ติดเชื้อได้ 2.3 นอนยกเท้าข้างที่มีบาดแผลให้สูงกว่าระดับหัวใจ เพื่อลดอาการบวม 2.4 พักผ่อนร่างกายให้เพียงพอ ลดการเคลื่อนไหวบริเวณที่มีบาดแผล เพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบ และการหายของแผลช้ากว่าปกติ 2.5 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น อาหารพวกเนื้อสัตว์ ถั่ว ไข่ นม ผัก ผลไม้ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการหายของแผล 2.6 ไม่ใช้มือสัมผัส แทะหรือเกาบาดแผล รักษาความสะอาดของบาดแผลและร่างกายทั่วไปอยู่เสมอ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล 2.7 ควรดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มสุรา เพราะอาจทำให้บาดแผลหายช้า 2.8 ไม่ควรใช้สมุนไพรหรือผิโรยแผล ปิดลงบนแผลเพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ 2.9 รับประทานยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 2.10 สังเกตลักษณะแผล หากมีสารคัดหลั่งเป็นหนองหรือน้ำขี้มูกออกมาพร้อมกับมีอาการ ไข้ บวม แดง ร้อน และกดเจ็บตำแหน่งรอบแผล ควรรีบมาพบแพทย์ 3. สอนและสาธิตท่าการบริหารเท้า ข้อมเท้า ขอนิ้วเท้า อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนครั้งละ 1/2 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าทำให้บาดแผลหายเร็ว และป้องกันข้อติด 4. สอนและให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า 4.1 การล้างเท้าที่ถูกต้องโดยทำความสะอาดเท้าทุกวันด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อน แล้วนํ้ายาเช็ดเท้าให้แห้งทันที ด้วยผ้าเช็ดหรือผ้าแห้งที่สะอาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามซอกระหว่างนิ้วเท้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อรา ห้ามใช้แอลกอฮอล์เช็ดเท้าทำความสะอาดเท้า เนื่องจากทำให้เท้าแห้ง 4.2 สอนการตรวจเท้า และสำรวจเท้าให้ทั่วทั้งฝ่าเท้าและหลังเท้า ตามซอกระหว่างนิ้วเท้าอย่างละเอียด โดยกำหนดให้การตรวจเท้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน 4.3 แนะนำไม่ให้ใส่รองเท้าแตะประเภทคิบบะหว่างนิ้วเท้า เพราะทำให้เกิดแผลตรงซอกนิ้วเท้าได้ง่าย รองเท้าควรเป็นแบบที่ปรับขนาดได้ เช่น รองเท้าผูกเชือก หรือมีสาย Velcro ควรเลือกใส่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	รองเท้าที่พอดี เหมาะสมกับรูปเท้า ไม่ใส่รองเท้าที่คับและหน้าแคบจนบีบหน้าเท้า หรือส้นจนนิ้วเท้างอรองเท้าที่เหมาะสมควรกว้างและยาวพอสำหรับนิ้วเท้าทุกนิ้ว 4.4 แนะนำให้ใส่รองเท้าตลอดเวลาทั้งในบ้านและนอกบ้าน เพื่อป้องกันการเดินเตะ หรือเหยียบสิ่งแหลมคม 5. ประเมินความรู้และประเมินพฤติกรรม การดูแลบาดแผลและการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันจากการสอบถาม ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสาเหตุที่ต้องดูแลบาดแผลและสุขภาพ ตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง สามารถตรวจเท้าและดูแลเท้าได้ด้วยตนเองตามคำแนะนำ จากการติดตามภายหลังจำหน่าย 1 เดือน บาดแผลไม่ติดเชื้อไม่พบการบาดเจ็บหรือแผลที่เท้า
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเนื่องจากมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยเล่าว่า รับประทานอาหารเมื่อเวลาหิว และมักรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา 2. จากการซักถามและการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้องใน เรื่องการควบคุมอาหาร ชอบรับประทานอาหารหวาน อาหารมัน และออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ 3. ผลระดับน้ำตาลในเลือด FBS = 189 - 240 mg/dl, HbA_{1c} = 8.3% วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานเหมาะสม	1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ดังนี้ 1.1 เน้นย้ำเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาโรคเบาหวาน ดังนี้ ให้งดรับประทานขนมหวานต่าง ๆ น้ำอัดลม อาหารมัน แยกกะทิ แนะนำให้รับประทานผักใบเขียวทุกชนิด ผลไม้ที่รสไม่หวาน และควรหลีกเลี่ยงผลไม้หวาน ผลไม้เชื่อม ผลไม้บรรจุกระป๋อง 1.2 ให้ความรู้และแนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาอยู่เสมอ เหมาะสมกับโรคและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 2. ให้ความรู้และแนะนำการออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด โดยสอน สาธิตการกระดกส้นเท้า ปลายเท้า การยกและกางแขนขาออก การเดินเร็ว การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรเป็นครั้งละประมาณ 20-45 นาที 3. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด ในวันนัดติดตามอาการของแพทย์ภายหลังจำหน่าย 1 เดือน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับโรค และเหตุผลในการรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และการออกกำลังกายสม่ำเสมอได้อย่างถูกต้อง จากการติดตามภายหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่า FBS = 175 mg/dl และ/หรือระดับค่า HbA_{1c} = 7.8 %

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษากรณีนี มีประวัติเป็นโรคประจำตัวเบาหวานมานาน โดยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงมีโอกาสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ตา ไต และเท้า⁵ โดยในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ผู้ป่วยมีปัญหาแผลติดเชื้อที่นิ้วหัวแม่เท้าข้างซ้าย ซึ่งเกิดจากการทำงานของเส้นประสาทส่วนปลายบกพร่องทำให้เกิดการสูญเสียการรับความรู้สึกที่เท้า จึงเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย โดยนิ้วหัวแม่เท้าเป็นตำแหน่งที่พบว่าจะเกิดแผลได้บ่อย เนื่องจากเป็นบริเวณที่รับแรงกดและน้ำหนักขณะเดิน เมื่อมีแผลผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บ จึงเดินลงน้ำหนักบริเวณที่มีแผลไปเรื่อย ๆ ทำให้เกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นช่องทางสำคัญที่เชื้อโรค

ผ่านเข้าสู่ร่างกาย และแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว เกิดเป็นแผลติดเชื้อลุกลามไปยังชั้นพังผืดหุ้มกล้ามเนื้อ ชั้นใต้ผิวหนัง และติดเชื้อในกระแสเลือด⁶ ซึ่งจากการดูแลผู้ป่วย แรกพบว่ามีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เนื่องจากมี organ dysfunction 2 ระบบ คือ ระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยมีอาการของภาวะลำไส้ไม่ทำงาน (ileus) ระบบหลอดเลือดและหัวใจ พบภาวะไตวายเฉียบพลัน ทำให้มีภาวะของเสียคั่งในเลือด ปัสสาวะออกน้อย ได้รับการดูแลรักษาบาดแผลติดเชื้อ ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ด้วยยาปฏิชีวนะ ซึ่งในตอนแรกอาจยังเชื่อก่อโรคได้บางส่วน เนื่องจากยาปฏิชีวนะนั้นไม่ใช่ยา Empiric antibiotic จากการดูแล ปัญหาผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากพยาธิสภาพของการติดเชื้อกระแสเลือด เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน เสียสมดุลเกลือแร่ใน

ร่างกาย ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยมีบางปัญหาเป็นผลสืบเนื่องมาจากความผิดปกติของไต เช่น ภาวะชืด ภาวะน้ำเกิน ซึ่งทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ทำให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไตกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ กลูโคสในร่างกายมีความสมดุลและปกติ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่มีภาวะชืด ส่วนบาดแผลติดเชื้อเป็นบาดแผลในระดับรุนแรง ติดเชื้อในผิวหนังชั้นลึก ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการ ทำแผล กรีดแผล เพื่อระบายหนองและตัดเนื้อตาย โดยไม่สามารถทำให้แผลดีขึ้นได้ อีกทั้งอาจลุกลามไปอวัยวะใกล้เคียงได้ จึงทำให้แพทย์พิจารณาทำผ่าตัด เพื่อตัดนิ้วหัวแม่มือ หลังจากทำผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการทำแผลแบบสุญญากาศร่วมกับการส่งเสริมการหายของแผลในด้านต่าง ๆ จนลักษณะเนื้อแผลดีขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. การทำแผลติดเชื้อ พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างผิวหนัง กระบวนการหายของแผล มีความละเอียดถี่ถ้วนในการสังเกต ประเมินลักษณะบาดแผล ได้แก่ ขนาดของแผล ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง และลักษณะพื้นแผล เพื่อแยกแยะลักษณะการเปลี่ยนแปลงของเนื้อแผล สีของสารคัดหลั่ง และสามารถรายงานแพทย์ได้อย่างถูกต้อง

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง การดูแลที่สำคัญ เพื่อให้ระบบการทำงานของร่างกายฟื้นกลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว โดยต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของระบบหรืออวัยวะต่างๆ ที่อาจเกิดการทำงานล้มเหลวจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง เช่น ระบบเลือด ตับ ระบบการรักษาความสมดุลของสารน้ำ กลูโคส และกรด - ด่างของร่างกาย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ภาวะน้ำเกินจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยต้องสังเกตอาการเตือน (Early warning scores) ของภาวะ น้ำเกิน เพื่อให้การวินิจฉัย และการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทำให้ต้องเข้ารับรักษาโรงพยาบาลด้วยปัญหาเดิมซ้ำ ๆ เช่น แผลที่เท้า พยาบาลต้องใช้ทักษะในการเสริมพลังอำนาจ โดยให้ความรู้ในการดูแลตนเอง สร้างความตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหาในการเข้ารับการรักษาตัว ครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเมื่อกลับไปบ้าน ในขณะเดียวกันควรประสานการดูแลกับพยาบาลเวชกรรมสังคม ในการติดตามพฤติกรรม การดูแลเท้า และเน้นย้ำการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และตัดนิ้วหรือเท้าซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. ทวีติยา สุจริตรักษ์. โรคแบคทีเรียกินเนื้อ.สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต] 2562. [สืบค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://www.pidst.or.th/A766.html>
2. คณาฤทธิ์ พุดพันธ์พิศุทธิ์. การหาความหนาของน้ำที่สะสมที่อยู่เหนือชั้นพังผืดของกล้ามเนื้อโดยใช้ อัลตราซาวด์ เพื่อช่วยวินิจฉัยโรคแบคทีเรียกินเนื้อคน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2566; 38(3) : 891 – 899.
3. สุรรัตน์ สมคุณา, รัชมิ โพธิ์นักษา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing Fasciitis). วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567; 9(1) : 463 -471.
4. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564- 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงจาก : http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report/
5. รัตนา ชอนทอง, อนงค์รักษ์ พิมภาชะ. แผลเบาหวานที่เท้า : บทบาทของพยาบาลเพื่อการป้องกันตามหลักพยาธิสรีรวิทยา. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน 2564; 8(1) : 47 -64.
6. อัจฉรา สุวรรณนาคินทร์. คู่มือการพยาบาล การดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลในผู้ป่วยเบาหวาน[อินเทอร์เน็ต] 2559. [สืบค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงจาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/251/sins_nursing_manual_2560_11.pdf.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานรับรองคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Factors Influencing the Implementation of Hospital Accreditation and Continuous Quality
Improvement of Community Hospitals in the 8th Health Region in Office of the Permanent
Secretary Ministry of Public Health of Thailand.

(Received: September 19,2024 ; Revised: September 26,2024 ; Accepted: September 29,2024)

นิโลบล ช่วยแสง¹, พาณี สีตกะลิน², พรทิพย์ กิระพงษ์²

Nilobon Chuaysaeng¹ Panee Seetakalin², Pornthip Keerapong²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยในการดำเนินการเพื่อการรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานรับรองคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประชากรจำนวน 816 คน จากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กทั้ง 9 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 8 ที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 389 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย แบบสอบถามประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยด้านกระบวนการ และผลลัพธ์การรับรองและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีค่าความตรงที่ 0.91และความเที่ยงที่ 0.87 สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคลส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 78.15 มีประสบการณ์ในการทำงานคุณภาพไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 82.52 และเข้ารับการอบรมในการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 64.78 และ 2) ปัจจัยด้านโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน (ด้านผู้นำและการสื่อสาร) ปัจจัยด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน (การเข้าถึงข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และ ประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานรับรองคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This survey research aimed to (1) investigate factors influencing the accreditation and quality development processes of small community hospitals in Health Region 8 under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, and (2) examine factors affecting the continuous quality improvement and accreditation processes of these hospitals. The study population comprised 816 personnel from nine small community hospitals in Health Region 8 without accreditation. A sample of 389 participants was selected using proportional sampling. The research instrument was a questionnaire covering personal factors, structural factors, process factors, and outcomes of continuous quality improvement and accreditation. The questionnaire demonstrated a content validity index 0.91 and a reliability coefficient of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

The findings revealed that (1) among personal factors, 78.15 % of participants were female, 82.52% had less than 5 years of experience in quality-related work, and 64.78 % had attended quality development training.

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

(2) Structural factors in community hospital quality service development (leadership and communication), process factors (information accessibility and patient involvement), and staff experience in hospital quality development training significantly influenced the accreditation process and continuous quality improvement.

Keywords: continuous quality improvement, hospital accreditation, community hospital

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับการให้บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพของประชาชน โรงพยาบาลเป็นสถาบันที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาและดูแลผู้ป่วย การบริการที่มีคุณภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2530 - 2540 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยเริ่มต้นด้วยการนำแนวคิดการควบคุมคุณภาพ (Quality Control) มาใช้ เพื่อปรับปรุงกระบวนการทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยมากขึ้น โดยใช้การบริหารจัดการคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management: TQM) และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) เพื่อส่งเสริมการปรับปรุงคุณภาพทุกด้านของโรงพยาบาล รวมถึงการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการจัดการข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพ เช่น ระบบการจัดการข้อมูลผู้ป่วย (Electronic Health Records: EHRs) และระบบการตรวจสอบคุณภาพ (Quality Monitoring Systems) ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความแม่นยำในการให้บริการ¹ ต่อมาในปี 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้ก่อตั้งสำนักงานรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Healthcare Accreditation Institute: HAI) เพื่อประเมินและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลตามมาตรฐานสากล ทำให้โรงพยาบาลในประเทศไทยมีแนวทางการพัฒนาที่ชัดเจนและเป็นระบบ² รวมไปถึงการรับรองมาตรฐานสากล เช่น Joint Commission International (JCI) ยังเป็นการ

ยืนยันว่าโรงพยาบาลมีคุณภาพและความปลอดภัยในระดับสูง ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลในประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับโลกและสามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลในต่างประเทศได้³

ปัจจุบันเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ช่วยสื่อสารความรู้ทางการแพทย์ไปยังผู้รับบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และหลากหลาย ทำให้ผู้มารับบริการมีความรู้และมีความคาดหวังในระบบบริการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการร้องเรียนและการฟ้องร้องทางการแพทย์ตามมา เมื่อบริการไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ซึ่งจากสถิติคดีทางการแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ.2561-2563 พบการฟ้องร้องแพทยต่อแพทยสภาและศาล เฉพาะโจทก์ที่ยื่นฟ้องกระทรวงสาธารณสุขมีคดีแพ่ง 857 คดี ได้มีการพิจารณาจริยธรรมทางการแพทย์ ทั้งหมด 640 คดี ทั้งนี้จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุของการฟ้องร้องเกิดจากเรื่องมาตรฐานวิชาชีพ รองลงมาคือ การเสริมความงาม และกรณีอื่นๆ เช่น โฆษณา และผิดพ.ร.บ.ยา ทั้งนี้มีสาเหตุมาจาก ความไม่ไว้วางใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี และความต้องการให้มีการปรับปรุงและแก้ไขระบบบริการให้มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น⁴

ในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุขตระหนักในความสำคัญของความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของบุคลากร ได้ประกาศนโยบาย 2P safety คือ patient & personnel safety (PSGs) มาสู่การปฏิบัติและได้อาศัยความร่วมมือกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (องค์การมหาชน) ในการดำเนินนโยบายความปลอดภัยนี้ส่งผลให้สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนาเพื่อ

ยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยและการให้บริการผู้ป่วยมากขึ้น²

จากข้อมูล ณ วันที่ 31 กันยายน 2564 การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA มาเป็นระยะเวลา มากกว่า 20 ปี พบว่า โรงพยาบาลในประเทศไทยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีจำนวน 1,476 แห่ง มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA จำนวน 840 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.91 มีโรงพยาบาลจำนวน 313 แห่งที่หมดอายุการรับรอง คิดเป็นร้อยละ 21.20 นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลที่ยังไม่เคยได้รับการประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน HA มีจำนวน 323 แห่ง หรือร้อยละ 21.88 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก โรงพยาบาลภาครัฐขนาดเล็กและโรงพยาบาลที่ก่อตั้งใหม่⁵ ในปีพ.ศ. 2564 มีการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีสถานพยาบาลอยู่ระหว่างการต่ออายุกระบวนการรับรองคุณภาพรวมทั้งสิ้น 313 แห่ง ทั้งนี้ในเขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมด 88 โรงพยาบาล พบว่ามีถึง 35 โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลหรือหมดอายุการรับรอง ซึ่งจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จำนวน 9 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 25 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานรับรองคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทาง หรือกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จในการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมถึงการยกระดับมาตรฐาน

การดูแลสุขภาพในประเทศไทยให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้าง ปัจจัยกระบวนการบริการของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้าง ปัจจัยกระบวนการที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรับรองคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 แห่ง ที่ยังไม่ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 816 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จำนวน 389 คน โดยใช้สูตรการคำนวณของ Israel⁶ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ และเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหาย การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วน (Proportion to Size) ตามตำแหน่งและจำนวนของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล แบ่งเป็น กลุ่มบริการทางการแพทย์ 204 คน กลุ่มสนับสนุนบริการทางการแพทย์ 67 คน และกลุ่มสนับสนุนการปฏิบัติงาน 118 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา) ข้อมูลการทำงาน (ตำแหน่ง ระยะเวลาในตำแหน่ง) และข้อมูลเกี่ยวกับงานคุณภาพ (โครงสร้างหน่วยงาน สถานะในงานคุณภาพ ระยะเวลาทำงาน ลักษณะการปฏิบัติงาน ประสบการณ์อบรม และผลการประเมินคุณภาพล่าสุด)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กรในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านโครงสร้างทางกายภาพ 3) ด้านทรัพยากร 4) ด้านการสื่อสารและระบบสารสนเทศในองค์กร 5) ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร และ 6) การพัฒนาและการเรียนรู้ในองค์กร จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) พัฒนาจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร การแปลผลคะแนนโดยประยุกต์เกณฑ์ของ Likert⁷ ระดับสูงมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) ระดับสูงมาก (3.50-4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการเรียนรู้ 2) ด้านการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ 3) ด้านกระบวนการทำงานและการสื่อสารในองค์กร 4)

ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยในการทำงาน 5) ด้านกระบวนการประเมินและปรับปรุงกระบวนการทำงาน และ 6) ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) พัฒนาจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และตอนที่ 3 การดูแลผู้ป่วย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561) การแปลผลคะแนนโดยประยุกต์เกณฑ์ของ Likert⁷ ระดับสูงมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) ระดับสูงมาก (3.50-4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน)

แบบสอบถามผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ผลด้านการดูแลสุขภาพ 2) ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น 3) ผลด้านกำลังคน 4) ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ และ 5) ผลด้านการนำ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) พัฒนาจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ 4 ผลลัพธ์ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561) การแปลผลคะแนนโดยประยุกต์เกณฑ์ของ Likert⁷ ระดับสูงมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) ระดับสูงมาก (3.50-4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง

(2.50-3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เท่ากับ 0.912, 0.956 และ 0.877 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความอนุเคราะห์จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 8

2. นำแบบสอบถามไปมอบให้ผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลชุมชน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและนัดหมายวันเวลาในการส่งแบบสอบถามกลับคืน ให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 วัน

3. เมื่อครบกำหนด เก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนจากผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลชุมชน

4. หากได้แบบสอบถามกลับคืนมาไม่ครบหรือน้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ประสานงานในโรงพยาบาลตามเก็บข้อมูลเพิ่มเติม จนกว่าจะได้แบบสอบถามมากกว่าร้อยละ 80

5. ในกรณีแบบสอบถามขาดความสมบูรณ์ ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามดังกล่าวกลับไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบอีกครั้งให้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามเนื้อหา

6. ตรวจสอบความครบถ้วนและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับกลับคืนมา

7. ลงรหัสตามตัวแปรที่กำหนด บันทึกข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ทำระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 ธันวาคม 2564 และได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน

กลับคืนมาทั้งหมดจำนวน 375 ฉบับ จากแบบสอบถามทั้งหมด 389 คิดเป็นร้อยละ 96.40

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยด้านกระบวนการ และผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล โครงสร้าง และกระบวนการ ที่มีผลต่อผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน โดยการใช้วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 2562 วันที่ 2 กันยายน 2562

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.15) มีอายุระหว่าง 21-37 ปี (ร้อยละ 69.62) ซึ่งอยู่ในกลุ่ม Generation Y ขณะที่กลุ่มประชากรที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ กลุ่ม Baby Boomer ที่มีอายุมากกว่า 53 ปี (ร้อยละ 7.20) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 71.47) โดยมีเพียงร้อยละ 6.43 ที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (ร้อยละ 30.08) รองลงมาเป็นเจ้าของหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนอื่นๆ (ร้อยละ 27) ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 79.18) รองลงมาคือ 11-25 ปี (ร้อยละ

ละ 15.68) และน้อยที่สุดคือมากกว่า 25 ปี (ร้อยละ 5.14) ในด้านโครงสร้างโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 74.55 มีหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยตรง บุคลากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.41) ทำงานด้านคุณภาพเป็นบางช่วงเวลา เนื่องจากต้องรับผิดชอบงานอื่นของโรงพยาบาลด้วย ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านคุณภาพ 1-5 ปี (ร้อยละ 82.52) และร้อยละ 64.78 ของบุคลากรเคยเข้ารับการอบรมงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.83) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการนำและภาวะผู้นำ อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.77) รองลงมาคือ ด้านกลยุทธ์ อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.84) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านกำลังคน อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.82) โดยทุกด้านของปัจจัยด้านโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.71 - 3.98

ปัจจัยด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.79) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านระบบเวชระเบียน อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.78) รองลงมาทั้งสองด้านที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ ด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.85) และด้านการให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่

ผู้ป่วยและครอบครัว ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.78) ทั้งสองด้านอยู่ในระดับสูงมาก และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ แต่ก็ยังอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.76) โดยทุกด้านของปัจจัยด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.85 - 4.06

ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ยรวม = 3.78, S.D. = 0.78) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.77) รองลงมาคือ ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.76) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดมีสามด้านที่มีค่าเท่ากัน ได้แก่ ผลด้านกำลังคน ($\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.83) ผลด้านการนำ ($\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.83) และด้านการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.72) ซึ่งทั้งสามด้านนี้ก็ยังอยู่ในระดับสูงมาก โดยทุกด้านของผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.76 - 3.82

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้าง และปัจจัยกระบวนการบริการที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรับรองคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เขตสุขภาพที่ 8

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ในการพยากรณ์ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ
โรงพยาบาลชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวพยากรณ์	b	Beta	t-value	p-value
ประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	0.092	0.066	2.094	0.037
โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน	0.221	0.223	4.484	<0.001
กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน	0.666	0.617	12.452	<0.001
ค่าคงที่ = 0.310				

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรพยากรณ์โดยใช้ค่า Beta ในสมการคะแนนมาตรฐาน พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีอิทธิพลมากที่สุด (Beta = 0.617) รองลงมาคือโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Beta = 0.223) และประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีอิทธิพลน้อยที่สุด (Beta = 0.066) ซึ่งปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีตัวแปร 3 ตัวที่ร่วมกันทำนายผลลัพธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่

1. ประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ($p\text{-value} = 0.037$)
2. โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ($p\text{-value} < 0.001$)
3. กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ($p\text{-value} < 0.001$)

โดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลมีอิทธิพลสูงสุด ทั้งนี้ ตัวแปรทั้งสามสามารถอธิบายการผันแปรของผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนได้ร้อยละ 62.7 ($R^2 = 0.627$)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ: (ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ) = $0.310 + 0.092$ (ประสบการณ์) + 0.221 (โครงสร้าง) + 0.666 (กระบวนการ)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน: $Z_{\text{ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ}} = 0.066(Z_{\text{ประสบการณ์}}) + 0.223(Z_{\text{โครงสร้าง}}) + 0.617(Z_{\text{กระบวนการ}})$

สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านกระบวนการเป็นหลัก รองลงมาคือปัจจัยด้านโครงสร้าง และประสบการณ์การอบรมของบุคลากร โดยการมีกระบวนการที่เหมาะสม โครงสร้างที่ดี และการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพบริการประสบความสำเร็จ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรม โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ และกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ทั้งสามปัจจัยนี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการได้ถึงร้อยละ 62.7 ($R^2 = 0.627$) ซึ่งถือว่าเป็นค่าที่สูง โดยพบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพมีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = 0.617$) รองลงมาคือโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ ($\beta = 0.223$) และประสบการณ์การอบรม ($\beta = 0.066$) ตามลำดับ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม และการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องในการยกระดับคุณภาพบริการของ

โรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการพัฒนาคุณภาพซึ่งมีอิทธิพลสูงสุดนั้น ($\beta = 0.617$) ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการและขั้นตอนในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งการมีกระบวนการที่ชัดเจน เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพจะส่งผลโดยตรงต่อการยกระดับคุณภาพบริการ กระบวนการที่มีประสิทธิภาพช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างเป็นระบบ ลดความผิดพลาด และเพิ่มคุณภาพของบริการได้โดยตรง รองลงมาคือโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ ($\beta = 0.223$) ซึ่งหมายถึงการจัดองค์กร นโยบาย และทรัพยากรที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ โครงสร้างที่เหมาะสมจะเป็นรากฐานที่มั่นคงสำหรับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพเป็นรากฐานที่สนับสนุนให้กระบวนการทำงานราบรื่น ประสบการณ์การอบรม ($\beta = 0.066$) แม้จะมีอิทธิพลน้อยที่สุดแต่ก็ยังมีความสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรผ่านการอบรมยังมีความสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ สะท้อนว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

การที่ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ อาจเป็นเพราะระบบการทำงานและวัฒนธรรมองค์กรมีอิทธิพลมากกว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลในบริบทของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นเรื่องของระบบและวัฒนธรรมองค์กรมากกว่าความสามารถหรือคุณลักษณะของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของอำพัน วิมลวัฒนา และคณะ⁸ ที่พบว่าปัจจัยด้านบุคลากร ระบบงาน และการพัฒนาเรียนรู้มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และงานวิจัยของเพชรศิริ พร

ภัทรศิริ⁹ ที่พบว่าภาวะผู้นำมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Tashayoei et al. ที่พบว่าการปรับปรุงคุณภาพ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความปลอดภัยเป็นประโยชน์หลักของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล¹⁰

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้เพิ่มเติมองค์ความรู้โดยแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่มีอิทธิพลสูงสุดในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กในประเทศไทย ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่สำคัญและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการจัดโครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ และการส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการอบรมและพัฒนาทักษะด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติ

1.1 การส่งเสริมภาวะผู้นำในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เนื่องจากปัจจัยด้านการนำและภาวะผู้นำมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรองคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จึงควรจัดโครงการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อให้ผู้บริหารสามารถกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

1.2 การปรับปรุงโครงสร้างและกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่าโครงสร้างและกระบวนการพัฒนาคุณภาพมีผลอย่างมีนัยสำคัญ โรงพยาบาลจึงควรทบทวนและปรับปรุงโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับ

มาตรฐาน HA โดยเฉพาะการสื่อสารแนวทางการพัฒนาคุณภาพให้ครอบคลุมและเข้าใจง่าย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมในบริบทอื่น ควรใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods) เพื่อศึกษาปัจจัยเพิ่มเติม เช่น การบริหารความเสี่ยงในแต่ละกลุ่มงาน วัฒนธรรมองค์กร การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ปัจจัยด้านเทคโนโลยี และการมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชน เพื่อให้เข้าใจภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กได้ดียิ่งขึ้น

2.2 การจัดตั้งเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพ ควรจัดตั้งชมรมหรือเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขนาดเล็กในเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และขยายการศึกษาไปยังเขตสุขภาพอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของปัจจัยในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานประจำปี 2563. 14th HTAsiaLink Newsletter: Non-communicable diseases and COVID-19. 2020.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). รายงานประจำปี 2563. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2563.
3. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. รายงานประจำปี 2564. บริษัท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จำกัด (มหาชน); 2564.
4. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). รายงานประจำปี 2564. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2564.
6. Israel GD. Sampling the evidence of extension program impact. Program Evaluation and Organizational Development, IFAS, University of Florida; 1992.
7. Likert R. New patterns of management. McGraw-Hill; 1967.
8. อัมพัน วิมลวัฒนา, คณະ. โมเดลสมการโครงสร้างการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างยั่งยืน. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2561;62(3):179-92.
9. เพชรศิริ พรภัทรศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(3):140-8.
10. Tashayoei N, Raeissi P, Nasiripour AA. Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: An exploratory factor analysis. J Egypt Public Health Assoc. 2020;95(1):5. <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0033-6>.

ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

Effect of providing knowledge for delay kidney failure in diabetic patients with chronic kidney disease stage 3 In outpatient services, Lamphun Hospital, Lamphun Province.

(Received: September 25,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

เพชรริน วิญญายอ¹

Phetcharin Vinyayong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ทำการศึกษาในช่วงเดือน พฤษภาคม 2564 – มกราคม 2565 รวมระยะเวลา 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 246 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการให้ความรู้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไตเสื่อม และแบบเก็บข้อมูลสถานะทางสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลัง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วยส่วนมากคือที่อยู่อาศัย ร้อยละ 51.22 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันส่วนมากไม่เป็นการพึ่งพิง ร้อยละ 80.49 อัตราการกรองของไต eGFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ส่วนมากอยู่ในช่วง 60-89 eGFR ร้อยละ 34.15 ระดับความเค็มในอาหาร ส่วนมากรับประทานเค็ม (≥ 0.90 %) ร้อยละ 54.47 พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมส่วนมากไม่สามารถการดื่มน้ำ 1.5-2 ลิตรต่อวันได้ ร้อยละ 38.62 ภายหลังการเข้ารับการอบรมให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นระยะเวลา 9 เดือน พบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($t = 2.89, 3.82, 3.18$)

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม, การให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อม, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

Abstract

This research is quasi-experimental aim to study of effects for providing knowledge to delay kidney failure in diabetic patients with chronic kidney disease stage 3 in outpatient services at Lamphun Hospital, Lamphun Province. The study was conducted during May 2021 - January 2022, total of 9 months. Sample group was 246 diabetic patients with kidney failure. Research tools was program provide knowledge, General information interview form, knowledge, attitude and behavior assessment form for preventing kidney failure, and health data collection form. Data were analyzed by descriptive statistics, percentage, median and comparing mean scores before and after using inferential statistics, paired t-test.

Results found problems or difficulties of patients were housing (51.22%). Most of ability to perform daily life was not dependent (80.49%). Most of kidney filtration rate (eGFR) was range of 60-89 eGFR (34.15%). Level of salt in food ($\geq 0.90\%$) found 54.47%. Health behaviors at risk for kidney failure are mostly unable to drink 1.5-2 liters of water per day 38.62 percent. After attending the training to provide knowledge to slow down kidney failure for 9 months, it was found that knowledge, attitude and behavior increased significant statistical level of .05 ($t = 2.89, 3.82, 3.18$).

Keywords: Care for diabetic patients with kidney failure, education to delay kidney failure, chronic kidney disease stage 3

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน

บทนำ

ปัญหาภาวะไตเรื้อรังนับเป็นปัญหาระดับโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยไตเรื้อรังประมาณ 800 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีประมาณ ร้อยละ 10 และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตโดยประมาณ ปีละ 1.4 ล้านคน พบมากในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต¹ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 10 ของโลก ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยประมาณ ร้อยละ 17.56 ของประชากรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทั้งหมด และพบว่าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28 ในทุกปี การบำบัดทดแทนไตเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี ในปี 2564 พบผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต 2,478 ต่อประชากรล้านคน การรักษาบำบัดทดแทนไตจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายๆ ด้าน การให้ความรู้เพื่อชะลอความเสื่อมในผู้ป่วยจะช่วยลดภาระทางสาธารณสุขลงได้² โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก การรักษาเป็นเพียงการประคับประคองไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเท่านั้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตจากเดิม การดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด เมื่อพบภาวะน้ำตาลไม่ปกติจะพบภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ในปี 2564 พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 396 ล้านคน และคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 629 ล้านคน ในประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากกว่า 180 คน ในปี 2563-2564 มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 16.52 เป็น 21.33 ต่อแสนประชากร และอัตราผู้ป่วยในเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นร่วมกับภาวะแทรกซ้อนทางไตจาก 290.34 เป็น 338.32 ต่อแสนประชากร³

การให้รู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยทำให้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตสามารถยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรัง เพิ่มการ

ประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง⁶ การรักษาโรคไตเรื้อรังนับว่าใช้งบประมาณสูงถึง ร้อยละ 70 ของค่ารักษาพยาบาลในโรคไม่ติดต่อทั้งหมด โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ Service plan โรคเรื้อรังในแต่ละสาขาเป็นผู้ผลักดันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและได้บูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน โดยร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชน การสร้างความรู้เพื่อลดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ และชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตลอดจนมีการเฝ้าระวังให้ความรู้และพัฒนาแผนการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง เป็นทศวรรษการป้องกันโรคไต⁴

จากรายงานและฐานข้อมูลในโรงพยาบาลลำพูนพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเสื่อม ในปี พ.ศ.2562-2564 จำนวน 1,973 คน, 1,617 คน , และ 1,105 คน ตามลำดับ พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2562 – 2564 จำนวน 674 คน 954 คน และ 807 คน ตามลำดับ พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม พ.ศ.2562 – 2564 จำนวน 29 คน, 26 คน และ 14 คน ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ในปี 2564 พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 2,865 คน ในจำนวนนี้ มีภาวะไตเสื่อม 1,105 คน มีภาวะแทรกซ้อนทาง ตา 1,126 คน และมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 634 คน ตามลำดับ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะไตเสื่อมในพื้นที่ โดยส่วนมากเกิดจากการขาดความรู้ในเรื่องการใช้ยาสมุนไพรเกินความจำเป็นด้วยตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการใช้ยาไม่สมเหตุผล⁵

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และข้อมูลทางสถิติดังกล่าว ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3 ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีการกระบวนหากให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ในเรื่องการใช้สมุนไพร พฤติกรรมบริโภค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นำไปสู่การ

ดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีองค์ความรู้มากขึ้น สามารถควบคุมชะลอความเสื่อมของไตได้ด้วยตนเอง ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก่อน-หลัง การเข้าร่วมการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน
2. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก่อน-หลัง การเข้าร่วมการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน
3. เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

วิธีการวิจัย

ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 9 เดือน ภายหลังการอบรมให้ความรู้ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 – มกราคม 2565 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมที่มารับบริการ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน จำนวน 3,752 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน จำนวน 246 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-power ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง 1 กลุ่ม คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้เข้ารับกระบวนการอบรมให้ความรู้ในผู้ป่วย ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2564 – มกราคม 2565 รวมระยะเวลา 9 เดือน ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3
2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ
3. แบบสัมภาษณ์ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom⁶ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100
4. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติเกี่ยวกับการชะลอและป้องกันไตเสื่อม จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom⁶ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100
5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom⁶ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100
6. แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ โรคร่วม ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วย ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ระดับความเค็มใน

อาหาร และ พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนน ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ก่อน-หลัง ได้รับการอบรมให้ความรู้เพื่อการชะลอไตเสื่อม ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน 246 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 135 คน ร้อยละ 54.88 รองลงมาเป็น ชาย จำนวน 111 คน ร้อยละ 45.12 ตามลำดับ อายุ ส่วนมาก อยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 82 คน ร้อยละ 33.33 รองลงมาอยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 70 คน ร้อยละ 28.46 และ ช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 64 คน ร้อยละ 26.02 ตามลำดับ (Mean = 43.65, Min= 29 ,Max= 78) อาชีพ ส่วนมาก ทำไร่ทำนา จำนวน 167 คน ร้อยละ 67.89 รองลงมา ค้าขาย จำนวน 32 คน ร้อยละ 13.01 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 26 คน ร้อยละ 10.57 ตามลำดับ นับถือศาสนา พุทธ ทั้งหมด 246 ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษา ส่วนมากจบ ระดับประถมศึกษา จำนวน 112 คน ร้อยละ 45.53 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 83 คน ร้อยละ 33.74 และปริญญาตรี จำนวน 25 คน ร้อยละ 10.16 ตามลำดับ โรคร่วม ส่วนมากป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน ร้อยละ 53.66 รองลงมาเป็นโรคอ้วน จำนวน 32 คน ร้อยละ 13.01 และ หัวใจ จำนวน 12 คน ร้อยละ 4.88 ตามลำดับ ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วย ส่วนมากคือที่อยู่อาศัย จำนวน 126 คน ร้อยละ 51.22 รองลงมา การเดิน จำนวน 118 คน ร้อยละ 47.97 และความอ่อนแรงของแขนขา จำนวน 96 คน ร้อยละ 39.02 ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนมาก ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) จำนวน 198 คน ร้อยละ 80.49 รองลงมาภาวะพึ่งพิงปานกลาง

(9– 11 คะแนน) จำนวน 34 คน ร้อยละ 13.82 และ ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 13 คน ร้อยละ 5.28 ตามลำดับ อัตราการกรองของไต eGFR (มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) ส่วนมากอยู่ในช่วง 60-89 eGFR จำนวน 84 คน ร้อยละ 34.15 รองลงมาอยู่ในช่วง >90 eGFR จำนวน 75 คน ร้อยละ 30.49 และ อยู่ในช่วง 30-44 eGFR จำนวน 38 คน ร้อยละ 15.45 ตามลำดับ ระดับความเค็มในอาหาร ส่วนมากรับประทานเค็ม (≥ 0.90 %) จำนวน 134 คน ร้อยละ 54.47 รองลงมาเริ่มเค็ม (0.71 - 0.90 %) จำนวน 86 คน ร้อยละ 34.96 และ ไม่เค็ม (≤ 0.70 %) จำนวน 26 คน ร้อยละ 10.57 ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมส่วนมาก ไม่สามารถดื่มน้ำ 1.5-2 ลิตรต่อวันได้ จำนวน 95 คน ร้อยละ 38.62 รองลงมาคือการงดการใช้ยาแก้ปวดหรือ NSAID ติดต่อกันไม่ได้ จำนวน 65 คน ร้อยละ 26.42 และ การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม จำนวน 38 คน ร้อยละ 15.45 ตามลำดับ

2. กระบวนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 246 คน มีกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ใช้เวลาครั้งละ 3.5 ชั่วโมง เดือนละ 7 วัน ระยะละ 3 เดือน รวม 9 เดือน จำนวน 20 วัน รวม 73.5 ชม. ประกอบด้วย ระยะแรก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ทำการวัดผลคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนก่อนเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม จากนั้นจึงเริ่มกระบวนการอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรม ครั้งที่ 1 อบรมในหัวข้อ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน การใช้ยา การส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน การใช้สมุนไพรและยาให้ถูกวิธี การบริโภคให้เหมาะกับโรคเบาหวาน และเพื่อการชะลอไตเสื่อม ระยะที่ 2 การอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรม ครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรก 3 เดือน) กิจกรรมคือความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ทบทวนการใช้สมุนไพร

และยาให้ถูกวิธี การบริโภคให้เหมาะกับโรคเบาหวานและเพื่อการชะลอไตเสื่อม การฝึกปฏิบัติงาน การวัดและประเมินผล พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม ทบทวนเนื้อหาจาก โปรแกรมครั้งที่ 1 ระยะที่ 3 การอบรมให้ความรู้ครั้งที่ 3 และการติดตาม (6 เดือน) ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับระยะที่ 2 โดยเน้นที่ การใช้สมุนไพรและยาให้ถูกวิธี การบริโภคให้เหมาะกับโรคเบาหวานและเพื่อการชะลอไตเสื่อม และ ช่วยเหลือ กรณีปฏิบัติไม่ตรงกับที่อบรมตามโปรแกรมว่าทำได้ครบถ้วน ถูกต้อง หรือไม่ ระยะติดตามและประเมินผล (ห่างจากครั้งแรก 9 เดือน) ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับระยะที่ 2 และ ช่วยเหลือ กรณีปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ทำการวัดผลคะแนนความรู้หลังการอบรม ทำการประเมินความรู้ และทักษะการปฏิบัติ จากการอบรมผู้เข้าร่วมโปรแกรม 246 คน เข้ารับการอบรมครบตามโปรแกรม ร้อยละ 100

3. ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

3.1 การเปรียบเทียบผลก่อนหลังการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ส่วนมากมีความรู้ อยู่ในระดับดี จำนวน 126 คน ร้อยละ 51.22 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 82 คน ร้อยละ 33.33 และ ระดับไม่ดี จำนวน 38 คน ร้อยละ 15.45 ตามลำดับ ทักษะความรู้ ส่วนมากอยู่ใน ระดับดี จำนวน 124 คน ร้อยละ 50.41 รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 97 คน ร้อยละ 39.43 และ ระดับไม่ดี จำนวน 25 คน ร้อยละ 10.16 ตามลำดับ พฤติกรรม ส่วนมากอยู่ในระดับดี จำนวน 112 คน ร้อยละ 45.53 รองลง ระดับปานกลาง จำนวน 87 คน ร้อยละ 35.37 และ ระดับไม่ดี จำนวน 47 คน ร้อยละ 19.11 ตามลำดับ

หลังการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ส่วนมากมีความรู้ อยู่ในระดับดี จำนวน 222 คน ร้อยละ 90.24 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 20 คน ร้อยละ 8.13 และ ระดับไม่ดี จำนวน 4 คน ร้อยละ 1.63 ตามลำดับ ทักษะความรู้ ส่วนมากอยู่ใน ระดับดี จำนวน 236 คน ร้อยละ 95.93 รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 8 คน ร้อยละ 3.25 และ ระดับไม่ดี จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.81 ตามลำดับ พฤติกรรม ส่วนมากอยู่ในระดับดี จำนวน 138 คน ร้อยละ 56.10 รองลง ระดับปานกลาง จำนวน 96 คน ร้อยละ 39.02 และ ระดับไม่ดี จำนวน 12 คน ร้อยละ 4.88 ตามลำดับ

3.2 ผลการทดสอบ ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรม ก่อน-หลัง การให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีค่า 6.84 คะแนน หลังการเข้าร่วม มีค่า 8.93 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.89$) ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยทักษะความรู้ ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีค่า 2.93 คะแนน หลังการเข้าร่วม มีค่า 4.36 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.82$) ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีค่า 2.31 คะแนน หลังการเข้าร่วม มีค่า 3.32 คะแนน ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.18$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรม ก่อน-หลัง การให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน (n=246)

รายการ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ระดับความรู้				
ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3	6.84	1.63	2.89	<.001*
หลังการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3	8.93	1.82		
ระดับทัศนคติ				
ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3	2.93	1.32	3.82	<.001*
หลังการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3	4.36	1.89		
ระดับพฤติกรรม				
ก่อนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3	1.93	1.21	3.18	<.001*
หลังการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3	3.32	1.75		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมาก อยู่ในช่วง 41-50 ปี อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา นับถือศาสนา พุทธ ทั้งหมด ระดับการศึกษาส่วนมากจบประถมศึกษา โรคร่วมส่วนมากป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคหัวใจ ปัญหาหรือความลำบากของผู้ป่วย ส่วนมากคือที่อยู่อาศัย การเงิน และความอ่อนแอของแขนขา ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ส่วนมาก ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) อัตราการกรองของไต eGFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ส่วนมากอยู่ในช่วง 60-89 eGFR ระดับความเค็มในอาหาร ส่วนมาก รับประทานเค็ม (≥ 0.90 %) พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมส่วนมาก ไม่สามารถดื่มน้ำ 1.5-2 ลิตรต่อวันได้ รองลงมาคือ การ งดการใชยาแก้ปวดหรือ NSAID และ การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม ตามลำดับ สอดคล้องกับ วิศรุตดา ตีเมืองซ้าย และพิชญานันท์ ภาณุพิศิน⁷ และ สอดคล้องกับ อีสริย์ เกียรติพุมิกร⁸ การอบรมให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 ในงานบริการ

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เป็นการรูปแบบการให้ความรู้โดยใช้เวลาอบรมแบบต่อเนื่อง 3 ระยะ จึงสำเร็จได้ โดยใช้เวลา 9 เดือน รูปแบบการให้ความรู้จะเป็นการสอน การฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การใช้ยา การใช้สมุนไพร พฤติกรรมการบริโภค ความรู้ในการดูแลตนเอง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภาวะแทรกซ้อน การจัดการความผิดปกติ การเลือกชนิดอาหาร การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต สอดคล้องกับ ศิริวรรณ สิงห์ศิริ และคณะ⁹ และสอดคล้องกับ วรวิชา สำราญเนตร และคณะ¹⁰

ผลจากการการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม เมื่อผ่านการอบรมให้ความรู้แล้ว จากการทดสอบทางสถิติ โดยต้องอาศัยระยะเวลา และความต่อเนื่องในการพัฒนา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การพัฒนาความรู้ ทักษะ และมีภาวะพฤติกรรมที่เหมาะสม นำไปสู่การรู้จักการดูแลตนเอง ส่งผลให้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถชะลอภาวะไตเสื่อมลงได้ สอดคล้องกับ นงคณัฐ โสมหงษ์ และคณะ¹¹ และ สอดคล้องกับ ปาวาสินี สุขเจริญ¹²

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 โรงพยาบาลลำพูน ควรปรับเหมาะให้กับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสำคัญ
2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ ในเรื่องการใช้สมุนไพร การใช้ยาสมเหตุผล การบริโภคที่ถูกต้อง ร่วมกับการส่งเสริมทัศนคติ และพฤติกรรม อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแล ชุมชน เป็นสำคัญ
3. ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาโดยใช้รูปแบบการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 โรงพยาบาลลำพูน ได้รูปแบบที่ช่วย ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงสามารถแก้ไขปัญหาได้
4. ควรมีการพัฒนาความรู้ และทักษะการให้ความรู้ในพยาบาลวิชาชีพในการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วย

เบาหวานแล้วทดสอบว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

5. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการทดลองเปรียบเทียบในพื้นที่โรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดใกล้เคียงกันเพื่อทำให้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ดีขึ้นตามความต่างในแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยเบาหวาน ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. United States; C2021. Chronic Kidney Disease in the United States; 2021.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2564.
3. Hamler, T. C., Miler, V. J., & Petrakovitz, S. Chronic Kidney Disease and Older African American Adults: How Embodiment Influences Self-Management. Geriatrics. 2018
4. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. สธ. ร่วมกับภาคีเครือข่าย รมรณรงค์วันไตโลก ปี 2565 “เสริมสร้างภูมิความรู้ ควบคุมการดูแลไต. 2565.
5. โรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). 2564.
6. Bloom, B.S. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
7. วิศรดา ตีเมืองชัย และพิชญาร ภัคสุพศิน. การพัฒนารูปแบบการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไตปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564; 18(2): 125-135.
8. อีสริย์ เกียรติพิพัฒน์. การพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง. โรงพยาบาลอินทร์บุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2564.
9. ศิริวรรณ สิงห์ศิริ และคณะ. การสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3 คลินิกอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(3): 395-401.
10. วรวิชา สำราญเนตร และคณะ. บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(38): 456-468.
11. นงคณัฐ โสมหงษ์ และคณะ. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องในชุมชนตามบทบาทพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567; 9(2): 297-305.
12. ปาวาลินี สุขเจริญ. ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกาะสมุย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. 2567.

การบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Risk management and the development of a risk management system for the Pediatric Department, King Narai Hospital

(Received: September 25,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

พิศวรรณ พูลสุข¹

Pitsawan poolsuk¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบประเมินผล (Evaluation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการการบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ภายใต้แนวคิดเชิงระบบของโดนาเบเดียน พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดเคมีสและแมคแทกกาท รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า โครงการการบริหารความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม มีความเกี่ยวข้องด้านนโยบายที่ชัดเจน การเพิ่มสมรรถนะแก่บุคลากรทุกจุดบริการ การนิเทศและการสื่อสารในทีม ระบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการ 2) พัฒนาสมรรถนะเพิ่มความรู้พยาบาลวิชาชีพ 3) จัดทำ Risk management tool พัฒนาคู่มือความเสี่ยง แผนการนิเทศติดตาม 4) พัฒนาระบบการสื่อสาร หลังพัฒนาระบบ พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวนการรายงานความเสี่ยงทางการพยาบาลเข้าสู่ระบบเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงระดับรุนแรงลดลง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด (4.28 ± 0.36)

คำสำคัญ: การบริหารความเสี่ยง, การจัดการความเสี่ยง

Abstract

This study is an evaluation research aimed at assessing the risk management project and the development of the risk management system in the Pediatrics Department at Phra Narai Maharaj Hospital, based on the system thinking concept of Donabedian. The project also aimed to develop the risk management system using the PAOR process as per the concepts of Cherniss and McTaggart. The study collected both qualitative and quantitative data and analyzed them using descriptive statistics and content analysis.

The results of the study revealed that the risk management project in the Pediatrics Department had clear policy implications, improved staff capabilities at all service points, enhanced team supervision and communication, and a developed risk management system that included: 1) monitoring risks at every service point, 2) enhancing nursing competency and knowledge, 3) creating risk management tools and developing a risk manual and follow-up plans, and 4) improving communication systems. After the system development, nurses showed significant improvement in knowledge ($p < 0.05$), the number of reported nursing risks entering the system increased, the severity of risks decreased, and nurses' satisfaction with the risk management system was very high (4.28 ± 0.36).

Key word: Risk Management, Risk Control

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการบริการสุขภาพและเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพบริการทั้งในมิติของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ¹ แม้จะมีการพัฒนาระบบและแนวทางเฝ้าระวังความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อความสูญเสีย จากสถิติทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนในการรักษาพยาบาล² ข้อมูลย้อนหลังของกระทรวงสาธารณสุข 20 ปี (พ.ศ. 2539 –พ.ศ. 2560) พบว่ามีสถิติฟ้องร้องทางการแพทย์ที่มีสาเหตุจากความคลาดเคลื่อนสามารถพบได้ในทุกระดับของสถานพยาบาล คิดเป็นมูลค่า

ประมาณ 3,192 ล้านบาท³ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในส่งผลกระทบต่อชีวิต ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ค่าใช้จ่ายและความไว้วางใจต่อสถานพยาบาลดังนั้นทำให้สถานพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ และกำหนดเป็นนโยบายที่ทุกหน่วยบริการต้องมีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ เฉลี่ยวันละ 50-80 ราย รวมทั้งปีมากกว่า 15,500 ราย มีห้องตรวจ 5 ห้อง ได้แก่ ห้องตรวจเด็กทั่วไป คลินิกโรคหอบ 1 วัน/สัปดาห์ คลินิกโรคเลือด 2 วัน/สัปดาห์ คลินิก High risk ทารกแรกเกิด 1 วัน/สัปดาห์ คลินิกกระตุ้นพัฒนาการทุกวัน และคลินิกเด็กดี 2 วัน/สัปดาห์ ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ของคลินิก มีปัญหา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจเป็นส่วนใหญ่ เช่น ไข้หวัด อูจจาระร่วง อาการหายใจลำบากส่วนต้น ติดเชื้อทางเดินหายใจ หรือโรคทางเดินหายใจภูมิแพ้ มีอุบัติการณ์ร้ายแรงที่ผู้ป่วยมีอาการชักจากไข้สูง ขณะรอตรวจ มีผู้ป่วยเด็กหายใจเหนื่อยหอบจากกลุ่มอาการคroup มีผู้ป่วยพลัดตกหล่นขณะรอตรวจ รวมทั้งความเสี่ยงทางคลินิกอุบัติการณ์อื่น ๆ ได้แก่ ความผิดพลาดในการคัดกรองวัณโรค โคโรนา-19 ชักจากไข้สูงขณะรอตรวจ การบ่งชี้ผู้ป่วยผิดพลาดระดับไม่รุนแรง ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีจำนวนหอผู้ป่วย 3 หอ ได้แก่ ทารกแรกเกิดวิกฤต 8 เตียง ทารกป่วย 10 เตียง (อยู่รวมกัน) หอผู้ป่วยเด็กสามัญ 25 เตียง และพิเศษกุมารเวชกรรม 12 เตียง ในส่วนของทารกแรกเกิดอายุ 0- 1 เดือนที่รับไว้ในทารกแรกเกิดวิกฤตและทารกป่วยมีอุบัติการณ์รุนแรงที่ทารกมีภาวะ Hypo-Hyperglycemia , Hypo-Hyperthermia , Phlebitis จากการให้สารน้ำ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด อุบัติการณ์เกือบพลาด (Near miss) ในเรื่องการระบุตัวผิดพลาด ส่วนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับรุนแรงน้อย ในเด็กกลุ่มอายุ 1 เดือน – 5 ปี มีอุบัติการณ์ร้ายแรงในการประเมินภาวะการหายใจยาก กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดส่งผลให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ชักจากไข้สูง ในเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์ร้ายแรงในการเกิด DKA ซ้ำในกลุ่มเด็กโรคเบาหวานจากการวางแผนจำหน่ายที่ไม่ครอบคลุม การประเมินภาวะช็อค/วิกฤตผิดพลาด นอกจากนี้มีความเสี่ยงทางการแพทย์ เป็นความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไปที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล คือ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาและสารน้ำ การระบุตัว การให้ข้อมูล การสื่อสารและพฤติกรรมบริการ สาเหตุของ ความเสี่ยงที่พบเกิดจากความบกพร่องในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล⁴

จากการวิเคราะห์ลักษณะการบริหารความเสี่ยงที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นการปฏิบัติตามนโยบายที่ได้รับมา ยังไม่ครอบคลุมเฉพาะเจาะจงกับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการ ทางความท้าทายที่สำคัญของการบริหารความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม คือ อุบัติการณ์รุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในทารกแรกเกิด ได้แก่ การประเมินทารกวิกฤตภาวะHypo-Hyperthermia Hypo-Hyperglycemia ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในเด็กโตคืออุบัติการณ์การประเมินภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว ภาวะช็อค ผิดพลาด การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา small dose เนื่องจากขาดความรู้ทักษะ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลทำให้พยาบาล

วิชาชีพมีความคิด ทักษะคิดและการรับรู้เชิงบวกต่อการจัดการความเสี่ยงทางการแพทย์และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเพิ่มขึ้น บุคลากรมีความสุขในงานมากขึ้น⁵ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ได้พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสานหลังตามแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบร่วมกับวงจรของเดมมิงและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ผลการศึกษาพบว่าช่วยลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นได้⁶ การบริหารความเสี่ยงเป็นภารกิจสำคัญที่หัวหน้าหน่วยงานต้องรับผิดชอบดูแลร่วมกับบุคลากรทั้งในส่วนของทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการและครอบครัว อย่างไรก็ตามระบบบริหารความเสี่ยงของแผนกกุมารเวชกรรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มุ่งเน้นการจัดการทั่วไป ไม่ครอบคลุมกับสถานการณ์การจัดบริการของแผนกกุมารเวชกรรม หัวหน้างานการพยาบาลกลุ่มงานผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจึงมีความจำเป็นต้องออกแบบระบบการบริหารความเสี่ยงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและการบริการที่เพิ่มขึ้น โดยจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การบริหารความเสี่ยงและการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเฉพาะทางกุมารเวชกรรม คู่มือบริหารความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม และชุดความรู้มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยแผนกกุมารเวชกรรม กระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพในแผนกกุมารเวชกรรม การติดตามนิเทศในหน่วยงานกุมารเวชกรรมหวังผลให้อุบัติการณ์มีความรุนแรงลดลง ผู้ใช้บริการปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลโครงการการบริหารความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบประเมินผล (Evaluation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการโครงการบริหารความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม จำนวน 36 คน กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย กุมารแพทย์จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 3 คน คณะกรรมการบริหาร

ความเสี่ยงระดับหน่วยงานจำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพ
ผู้ปฏิบัติงานจำนวน 28 คน

ขั้นตอนการดำเนินการ

ระยะที่ 1 ประเมินผลโครงการบริหารความเสี่ยงแผนก
กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รวบรวมข
้อมูลจากเอกสารและระบบรายงานความเสี่ยง การสนทนา
กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกจำนวนการรายงานความเสี่ยงทางการ
พยาบาล ประกอบด้วย 1.1) จำนวนการรายงานความเสี่ยง
ทางการพยาบาล ใช้เกณฑ์การประเมิน 3 ระดับ (Bloom,
1981) คือ มีการรายงานความเสี่ยงทางการพยาบาลระดับสูง
หมายถึง มีจำนวนรายงานความเสี่ยงทางการพยาบาลเข้าสู่
ระบบ ร้อยละ 80 - 100 มีการรายงานความเสี่ยงทางการ
พยาบาลระดับปานกลาง หมายถึง มีจำนวนรายงานความ
เสี่ยงเข้าสู่ระบบ ร้อยละ 60 - 79 มีการรายงานความเสี่ยง
ทางการพยาบาลระดับต่ำ หมายถึง มีจำนวนรายงานความ
เสี่ยงเข้าสู่ระบบต่ำกว่าร้อยละ 60 1.2) จำนวนครั้งของการ
เกิดความเสี่ยงในแต่ละระดับของความเสี่ยงตามระดับความ
รุนแรงของความเสี่ยง 9 ระดับ ของสถาบันรับรองคุณภาพ
มาตรฐานระดับสากล AI (JC) 2. แนวทางการสนทนากลุ่ม
โดยการศึกษาจากแนวคิดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
ร่วมกับรูปแบบการประเมินผลโครงการตามกรอบแนวคิดเชิง
ระบบในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. โครงสร้าง ปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบด้วย
Method 1) การกำหนดทิศทางนโยบาย เป้าหมาย
วัตถุประสงค์ การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล 2)
แผนการนิเทศงาน/แผนการอบรม/แผนการเสริมแรงให้รางวัล
Man 1) การพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ 2) การเปิดโอกาส
ให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการบริหาร
ความเสี่ยงทางการพยาบาล 3) การแต่งตั้งคณะกรรมการ
บริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล **Material** 1) คู่มือการ
บริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล 2) แผนการนิเทศ ติดตาม
การนำระบบการบริหารความเสี่ยงลงสู่การปฏิบัติ

2. กระบวนการ (process) ประกอบด้วย 1) การ
ค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การจัดการ
ความเสี่ยง

3. ผลลัพธ์ (output) ประกอบด้วย จำนวนการ
รายงานความเสี่ยง ระดับความรุนแรง

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนก
กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ประกอบด้วย 1). การวางแผน โดยประชุมร่วมกันร่างระบบ
การจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม ได้แก่ การเฝ้าระวัง
ความเสี่ยงทุกจุดบริการในแผนกกุมารเวชกรรม การพัฒนา
สมรรถนะ Competency บุคลากร จัดทำ Risk
management tool คู่มือความเสี่ยง 2). การปฏิบัติ มีการ
สื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนและหลากหลาย
ช่องทางลงสู่การปฏิบัติในแผนกกุมารเวชกรรม การพัฒนา
ความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือคุณภาพแก่บุคลากร
ด้านการบริหารความเสี่ยง จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง มี
การติดตามประเมินผล อย่างต่อเนื่อง 3). การสังเกตติดตาม
จากการใช้ระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม 4).
การสะท้อนคิด จากการใช้ระบบการจัดการความเสี่ยงแผนก
กุมารเวชกรรม

หลังจากได้ระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวช
กรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้น ผู้ศึกษา
ได้นำไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผลการตรวจสอบ
เชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.84 จากนั้นนำระบบการจัดการ
ความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์
มหาราชไปใช้ในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระ
นารายณ์มหาราช

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ศึกษา
พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดการ
บริหารความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์ในการให้คะแนน คือ
ตอบถูก ได้ 1 คะแนนตอบผิด ได้ 0 คะแนนเกณฑ์ในการ
พิจารณาระดับของความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามการจัดระดับ
ของบลูม (Bloom, 1981) คือ ความรู้ระดับสูง หมายถึง ได้
คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง
ได้คะแนนร้อยละ 60 - 80 ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง ได้
คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 ผลการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (IOC)
ได้เท่ากับ 0.82 ความเชื่อมั่นโดยการหาค่า KR-20 เท่ากับ
0.84

2. แบบบันทึกจำนวนการรายงานความเสี่ยงทางการ
พยาบาล

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ
จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale
5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึง
ปานกลาง 2 หมายถึงน้อย 1 หมายถึงน้อยที่สุด และแบ่ง
คะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่าง ๆ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00
ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 ความพึง
พอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 ความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 ความพึงพอใจน้อยที่สุด ตรวจสอบค่าผลการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1). จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ ให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 รุ่น ในเดือน มกราคม 2567 และมีการวัดผลความรู้ก่อนการอบรม 2). ดำเนินการตามระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้น ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2567 3). หลังสิ้นสุดการศึกษา ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้ระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Qualitative content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การรายงานความเสี่ยงทางการแพทย์ วิเคราะห์สถิติโดยการทดสอบค่าที

ผลการศึกษา

1. ผลการประเมินผลโครงการการบริหารความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

1.1 การรายงานความเสี่ยงทางการแพทย์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565-30 กันยายน 2566 พบว่ามีการรายงานความเสี่ยงทางการแพทย์จำนวน 465 ครั้ง จำนวนครั้งของการเกิดความเสี่ยงในแต่ละระดับของความเสี่ยง ได้แก่ ระดับ A จำนวน 91 ครั้ง ระดับ B จำนวน 135 ครั้ง ระดับ C จำนวน 130 ครั้ง ระดับ D จำนวน 83 คน ระดับ E จำนวน 22 คน ระดับ F จำนวน 2 คน ระดับ H จำนวน 2 คน

1.2 การสนทนากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารความเสี่ยงสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

โครงสร้าง ปัจจัยนำเข้า (Input)

1) การกำหนดทิศทางนโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ การกำหนดนโยบายที่สำคัญเริ่มต้นจากนโยบายของโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาลและลงสู่หน่วยงาน การที่โรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาลมีการกำหนดทิศทางนโยบายการบริหารงานที่เชื่อมโยงสอดคล้องจากระดับโรงพยาบาล

และนำทิศทางนโยบายการบริหารดังกล่าวมากำหนดเป็นทิศทางนโยบาย เป้าหมายการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ ในกลุ่มงานการพยาบาลกุมารเวชกรรม จะทำให้พยาบาลวิชาชีพที่นำนโยบายไปปฏิบัติสามารถบริหารความเสี่ยงได้อย่างตรงเป้าหมายและเกิดประสิทธิผลที่ดี โดยมีค่ากล่าวจากการร่วมสนทนากลุ่ม

“ดิฉันคิดว่า องค์กรจะต้องมีการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักของการบริการ รวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในองค์กรทราบ และปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา และเพื่อลดข้อขัดแย้งรวมถึงข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษายาบาล”

2) กำลังคน การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ ซึ่งกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงหน่วยงานละ 1 คน เป็นตัวแทนในการรวบรวมความเสี่ยง จำแนกความเสี่ยงที่สำคัญ และรายงานต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย จากการที่พยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งลงบันทึกในสมุด แต่ไม่ได้บันทึกลงในระบบ NRSL ทำให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงหน่วยงานต้องได้ลงความเสี่ยงย้อนหลัง ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ขาดการแก้ไขความเสี่ยงในทันที โดยมีค่ากล่าวจากการร่วมสนทนากลุ่ม

“ถ้าหนูหยุดหลายวัน กลับมาต้องมาลงความเสี่ยงในระบบทุกครั้งเลยคะ ดีที่ไม่ใช่ความเสี่ยงสูง เลยย้อนหลังแก้ไขได้”

“หนูคิดว่า ถ้าคนไหนพบความเสี่ยง และให้รายงานเข้าระบบภายในทันที หรือ 24 ชั่วโมง จะดีนะคะ จะเป็นปัจจุบันดี”

3) การพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ เป็นการพัฒนาความรู้ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงานทุกปี ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติงาน

4) การเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์มีการดำเนินการมาโดยตลอด แต่ยังพบว่าพยาบาลมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อยเป็นเรื่องของหัวหน้าหอผู้ป่วย และคณะกรรมการในหน่วยงาน เพราะพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจเรื่องการบริหารความเสี่ยง และไม่เข้าใจแนวทางปฏิบัติ

5) การนิเทศ ติดตามประเมินผลการนำระบบการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ลงสู่การปฏิบัติ บทบาท

ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยมีคำกล่าวจากการร่วมสนทนากลุ่ม

“ทุกปีจะมีการอบรมความรู้ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประจำหน่วยงาน ถ้าคนไหนไม่ใช้กรรมการก็จะไม่ค่อยรู้เรื่องค่ะ”

6) ระบบการสื่อสารและสารสนเทศ การสื่อสารในหน่วยงานส่วนใหญ่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นคนสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานทราบเกี่ยวกับนโยบาย และการรายงานความเสี่ยง การสื่อสารระหว่างผู้ร่วมงานยังขาดการส่งต่อ และระหว่างหน่วยงานที่รายงานเข้ามามีความไม่เข้าใจ การลงรายงานแล้วแต่คัดแต่ละคน บางครั้งก็อยากลง บางครั้งก็ลังเลความจริง บางครั้งก็อยากสะท้อนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ และการบันทึกในระบบ Hos-xp ต้องอาศัยเครื่องคอมพิวเตอร์ ในหน่วยงานที่มีโปรแกรมการบันทึก แต่พบว่าเครื่องคอมพิวเตอร์บางเครื่องในหน่วยงานมีโปรแกรมบันทึก แต่การเข้าระบบพบปัญหาบ่อย ๆ ในการใส่รหัส และบางเครื่องมีการทำงานช้า โดยมีคำกล่าวจากการร่วมสนทนากลุ่ม

“บางครั้งหน่วยงานอื่นที่ส่งมาให้เรา บางครั้งก็อ่านไม่เข้าใจ”

“เวลาส่งเวร ไม่ค่อยส่งต่อว่าเสี่ยงอะไร ทำให้คนรับเวรขาดการเฝ้าระวัง”

“การเข้ารหัส ต้องใช้รหัส RM nurse เข้าได้บ้าง ไม่ได้บ้าง บางทีคอมก็ช้ามาก เลยไม่รอค่ะ”

7) การสร้างคู่มือการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล คู่มือที่ใช้อยู่มีเนื้อหาที่ครอบคลุม แต่มีเนื้อหาจำนวนมาก ทำให้ผู้ปฏิบัติงานยากในการปฏิบัติงานเพราะต้องใช้เวลาในการเปิดหาและทำความเข้าใจ

ด้านกระบวนการ (Process) 1) การค้นหาความเสี่ยง ส่วนใหญ่ขาดการค้นหา และบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ 2) การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นหากเหตุการณ์ไม่รุนแรงผู้ปฏิบัติมักจะแก้ไขเบื้องต้นได้ แต่ขาดการบันทึก และขาดการประเมินความเสี่ยงและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต 3) การจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของระดับหัวหน้างานและผู้รับผิดชอบงาน ทำให้ขาดความตระหนักในการเฝ้าระวัง

ผลลัพธ์ (output) จำนวนการรายงานความเสี่ยงน้อยกว่าที่เกิดขึ้นจริง ประเมินระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง

2. ระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการในแผนกกุมารเวชกรรม Risk identify ความเสี่ยงทุกจุดบริการในแผนกกุมารเวชกรรม เข้ากระบวนการจดทะเบียนความเสี่ยงในทุกจุดและร่วมกันทำ Risk treatment Risk prevention มีผู้รับผิดชอบดูแลในแต่ละจุดบริการ จัดการความเสี่ยงที่สำคัญที่สุด Risk Level ที่คะแนนสูงก่อน มีการรายงานความเสี่ยงทันที 2) พัฒนาสมรรถนะเพิ่มความรู้พยาบาลวิชาชีพ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง ปรับระบบงานการ assign งานเพิ่ม job ปรับการพักปรับการมอบหมายงาน เฝ้าระวังวิเคราะห์ความเสี่ยงทุกจุดบริการ ใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง 3) จัดทำ Risk management tool พัฒนาคู่มือความเสี่ยง แผนการนิเทศติดตาม 4) พัฒนาระบบการสื่อสาร จัดทีมงานผู้รับผิดชอบ ประสานงานเรื่องการบริหารความเสี่ยงผ่านกลุ่ม PCT จัด group line และเอกสารการรายงานความเสี่ยงเพื่อสื่อสารใน PCT

3. ผลพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนก

กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ผลลัพธ์การพัฒนาระบบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (N=28) สูงขึ้นภายหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ความรู้ของพยาบาล	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนาระบบ	13.84	4.96	-13.12	0.00*
หลังพัฒนาระบบ	16.13	3.72		

* $p<0.05$

การรายงานความเสี่ยงทางการพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567 พบว่ามีกรรายงานความเสี่ยงทางการพยาบาลจำนวน 875 ครั้ง จำนวนครั้งของการเกิดความเสี่ยงในแต่ละระดับของความเสี่ยง ได้แก่ ระดับ A จำนวน 535 ครั้ง ระดับ B จำนวน 203 ครั้ง ระดับ C จำนวน 98 ครั้ง ระดับ D จำนวน 23 คน ระดับ E จำนวน 14 คน ระดับ F จำนวน 2 คน

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (4.28 ± 0.36) สูงสุดอันดับแรกคือ แนวทางการ

ประเมินผลระบบการจัดการและควบคุมความเสี่ยงมีความชัดเจน (4.70 ± 0.46) รองลงมา แนวทางการจำแนกประเภทความเสี่ยงทางการแพทย์มีความชัดเจน (4.40 ± 0.49)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์โครงการบริหารความเสี่ยงการนำนโยบายการถ่ายทอดการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจนแต่ละสู่การปฏิบัติได้ยังไม่ครอบคลุม การสื่อสารลงสู่การปฏิบัติและการรับสารไม่ครบถ้วน สำหรับบุคลากรบางกลุ่มเนื่องจากโครงสร้างขององค์กรที่ซับซ้อนและใหญ่ การสื่อสารจะเน้นสำหรับหัวหน้างานการบริหารความเสี่ยงจะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทั้งในด้านนโยบาย วัฒนธรรมการทบทวน กำกับติดตาม แก้ปัญหา ส่งผลต่อการรับทราบและการปฏิบัติตามนโยบายซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับกลยุทธ์กระบวนการบริหารความเสี่ยงและวิธีปฏิบัติ มีความสำคัญมากรวมทั้งยังไม่มีแผนบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมที่มีความเชื่อมโยงทั้งระบบในแผนกกรมเวชกรรม เพราะการสื่อสารที่มีคุณภาพเชื่อมโยงกับกลยุทธ์วัตถุประสงค์ของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องให้มั่นใจได้ว่าผู้บริหารได้ถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ถูกต้องและทันเวลา ผู้บริหารสามารถจัดการกับความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ หรือตามการเปลี่ยนแปลงหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ได้ทันทั่วทั้ง มีการติดตามแผนการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงการบริหารองค์กรและการจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้องค์กรมีโอกาสในการบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากที่สุดประเด็นสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ตามแนวคิดใหม่ได้ให้ความสำคัญถึงการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยงขององค์กรเข้ากับการวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อเพิ่มมูลค่าให้กับองค์กร แนวทางการแก้ปัญหาในการบริหารความเสี่ยงแผนกกรมเวชกรรม ควรมีการสื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนและหลากหลายช่องทางลงสู่การปฏิบัติ เพื่อทำให้บุคลากรเข้าใจและลงมือปฏิบัติได้ เช่นเดียวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการด้านความปลอดภัยของสหาย (2560)⁹ ที่กล่าวไว้ว่า ควรมีการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ควรมีการบูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับงานประจำ มีการเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ และมอบหมายงานให้เหมาะสมกับภาระงานจะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

หลังการวิเคราะห์โครงการและพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกรมเวชกรรม โรงพยาบาลพระ

นารายณ์มหาราช มีจุดเด่นที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการ ภายใต้การดูแลของบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการในแผนกกรมเวชกรรม Risk identify ความเสี่ยงทุกจุดบริการในแผนกกรมเวชกรรม เข้ากระบวนการจัดทะเบียนความเสี่ยงในทุกจุดและร่วมกันทำ Risk treatment Risk prevention มีผู้รับผิดชอบดูแลในแต่ละจุดบริการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญที่สุด Risk Level ที่คะแนนสูงก่อนมีการรายงานความเสี่ยงทันที 2) พัฒนาสมรรถนะเพิ่มความรู้พยาบาลวิชาชีพ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง ปรับระบบงานการ assign งานเพิ่ม job ปรับการพักปรับการมอบหมายงาน เฝ้าระวังวิเคราะห์ความเสี่ยงทุกจุดบริการ ใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง 3) จัดทำ Risk management tool พัฒนาคู่มือความเสี่ยง แผนการนิเทศติดตาม 4) พัฒนาระบบการสื่อสารจัดทีมงานผู้รับผิดชอบ ประสานงานเรื่องการบริหารความเสี่ยงผ่านกลุ่ม PCT จัด group line และเอกสารการรายงานความเสี่ยงเพื่อสื่อสารใน PCT ความชัดเจนของระบบ และพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงขึ้น จำนวนการรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และมีการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้จำนวนความเสี่ยงระดับความรุนแรงลดลง

ด้านกระบวนการ ได้แก่ จัดให้มีกระบวนการคัดกรองเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกจุดบริการพบว่า หน่วยงานมีบทบาทดักจับความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพขึ้น พบว่าผู้บริหารสามารถจัดการความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญหรือตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ให้ทันทั่วทั้งที่จึงทำให้การบริหารความเสี่ยงเกิดความยืดหยุ่นและรอบด้านเหมาะสมกับสถานการณ์สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตร (2563)¹⁰

สมรรถนะของบุคลากรในการบริหารความเสี่ยง มีความเกี่ยวข้องเนื่องจากการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการบริหารความเสี่ยงและทำให้ระบบการรายงานอุบัติการณ์ไม่ยุ่งยาก เพื่อให้บุคลากรสามารถใช้งานได้อย่างใช้เวลาอบรมให้น้อยที่สุด การได้รับการสนับสนุนไม่ว่าจะด้านใดก็ตามจะช่วยให้การบริหารความเสี่ยงประสบความสำเร็จ ซึ่งหลังการพัฒนากระบวนการความเสี่ยง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นภายหลังการพัฒนากระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการพัฒนาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่อง การบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์โดยการสอนภาคทฤษฎีโดยการยกตัวอย่างประกอบ

และฝึกทดลองปฏิบัติในสถานการณ์จำลองในความเสี่ยงที่ผ่านไปแล้วทำให้พยาบาลมองเห็นภาพของการบริหารความเสี่ยงและมีความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ประกอบกับการสอนและนิเทศชี้แนะปฏิบัติงานจริงในหน่วยงานทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตรวาท (2563) กล่าวว่า การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านทักษะทางคลินิกและทักษะที่นอกเหนือจากทักษะทางคลินิก มีการจัดอบรมการบริหารความเสี่ยง และความรู้เฉพาะทางด้านมาตรฐานความเสี่ยง เป็นการส่งเสริมในเรื่องการตระหนักรู้สถานการณ์ความเสี่ยงซึ่งส่งผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยการบริการ

จำนวนการรายงานความเสี่ยงทางการพยาบาลหลังการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพ มีความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความมั่นใจในการรายงานและแก้ไขจัดการความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิยดา ตีอินทร์ (2560)¹¹ และ สุขานาฏ มูสิการ์ตัน (2565)¹²

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิเคราะห์โครงการผู้บริหารควรมีการทบทวนนโยบายและการสื่อสารให้มีการสื่อสารหลากหลายช่องทางตามบริบทการทำงานและความสนใจของบุคลากรและกลุ่มและแต่ละระดับส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการกระบวนการบริหารความเสี่ยง เพิ่มกระบวนการนิเทศ ติดตาม ทบทวนในการบริหารความเสี่ยงในภาพรวม

2. ระบบบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในเรื่องการบริหารความเสี่ยงทุกจุดบริการ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกที่เกี่ยวข้อง และการมีคู่มือบริหารความเสี่ยงที่เฉพาะบริบทของหน่วยงาน หากหน่วยงานอื่นนำไปใช้ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่โครงสร้างการบริหารของหน่วยงานนั้น ๆ

3. ควรปรับรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความเสี่ยงกลุ่มทักษะสำคัญทักษะด้านอื่น ๆ เช่นระบบ IT

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020) Patient Safety. Retrieved from <https://www.who.int/patient-safety/en/>
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ สุขภาพ (ฉบับที่ 4). หนังสือตีพิมพ์
3. อธิพิณ สูงแข็ง. (2562) บรรยายพิเศษเรื่องการบริหารจัดการความขัดแย้งในการบริการ สานักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น. ค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2019/01/16725>
4. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2566-2567). กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
5. จิราวรรณ รุ่งเรืองวรินทร์, พรพิมล พลอยประเสริฐ, และ สมทรง บุตรชีวัน. (2560). การ พัฒนาการจัดการระบบความเสี่ยงฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสาร เวชศาสตร์ป้องกันประเทศ, 7(1), 24-36
6. ปิยะเนตร ทาจง, และ ชูศักดิ์ ยืนนาน. (2561). รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบसानพลัสลด อุบัติการณ์ผู้ป่วย Arrest ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่. Journal of Health Science and Community Public Health, 1(2), 115-130.
7. Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly, 83(4), 691-729.
8. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). The action research doing critical participatory action research. Retrieved from <http://repository.umpwr.ac.id:8080/bitstream/handle/123456789/874/The%20Action%20Research%20Planner%202014.pdf?sequence=1>
9. สหรัย จันสา. (2560). อิทธิพลของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการท างานเป็นทีมต่อการ จัดการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาล แห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก, 18, 299-307
10. วิจิตรวาท สีดงก่า. (2562). การบริหารความเสี่ยงขององค์กรในศตวรรษที่ 21. รายงานการประชุม การ ประชุมวิชาการ นเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติครั้งที่ 3 วันที่ 15 พ.ย.62, มหาวิทยาลัยราชภัฏ สวนสุนันทา. 3(1), 141-151.
11. นิยดา ตีอินทร์. (2560). ประสิทธิภาพของระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีสเคียน
12. สุขานาฏ มูสิการ์ตัน. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์. นี้ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำและมีเลือดออกในสมองบริเวณที่ขาดเลือดร่วมกับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง : กรณีศึกษา

Nursing care of the patient recurrent ischemic stroke and hemorrhagic transformation with increased intracranial pressure: A case study

(Received: September 22,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

มณฑา นาคแสง¹

Montha Naksaeng¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำและมีเลือดออกในสมองบริเวณที่ขาดเลือดร่วมกับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 64 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไ้มนในเลือดสูง ลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกขาข้างซ้าย และโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด มาด้วยอาการสำคัญ ซึม ไม่พูด ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ได้แก่ มีภาวะสมองบวม มีของเสียคั่งในร่างกาย ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกขาข้างซ้าย มีภาวะซีด โปแตสเซียมต่ำ วิดกกังวล มีความรู้สึกลัวคุณค่าในตัวเองลดลง ซึ่งผลการดูแลรักษาทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ส่วนปัญหาที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสเกิด ได้แก่ เสี่ยงต่อเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อติดเชื้อในกระแสเลือด เสี่ยงต่อเกิดแผลกดทับ ข้อติด เสี่ยงต่อเกิดการชัก เสี่ยงต่อแผลผ่าตัดติดเชื้อ มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้รับการป้องกัน ติดตาม และเฝ้าระวัง ทำให้ทุกปัญหาไม่เกิดขึ้น

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำ, ภาวะเลือดออกในสมองบริเวณที่ขาดเลือด, ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the problems and nursing care of a patient with recurrent ischemic stroke and hemorrhagic transformation with increased intracranial pressure. This patient is a 64-year-old female with a history illness of Hypertension, Dyslipidemia, Deep vein thrombosis in her left leg, and Ischemic stroke, The patient came with the chief complaint of stupor and aphasia 4 hours before coming to the hospital.

This study found that an important problem that has arisen during care is as follows: 1) brain edema, azotemia, urinary tract infection, deep vein thrombosis in the left leg, anemia, hypokalemia, anxiety and decrease of self-esteem. The result of nursing care is that all problems have been resolved. The problems have risks or opportunities to occur including increased intracranial pressure, sepsis, pressure sore and stiffness of joints, convulsion, surgical site infection, and recurrent stroke which receive protection, tracking, and surveillance so that every problem does not happen.

Keywords: recurrent ischemic stroke, hemorrhagic transformation, increased intracranial pressure

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ เนื่องจากพบมีผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization; WSO) ได้รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือด

สมองเป็นอันดับ 2 ของทั่วโลก และประชากรทั่วโลกเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ของฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีผู้ป่วย

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

โรคหลอดเลือดสมองอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2560 – 2563 เท่ากับ 278.49, 303.20, 318.89 และ 328.00 ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน เท่ากับ 11.02, 10.60, 10.24, และ 10.34² โดยผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1 ใน 4 จะกลับเป็นซ้ำ³ ซึ่งมีอัตราเสียชีวิตในระยะแรกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 2 ร้อยละ 56.2 ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่ 3 อัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80 ความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดซ้ำเท่ากับร้อยละ 16⁴ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำมีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองตามหลังการเกิดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ในบริเวณที่เกิดสมองขาดเลือด (Hemorrhagic transformation) ร้อยละ 10 - 15 เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตที่สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดปกติชนิด atrial fibrillation มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่สมองขาดเลือดมีบริเวณกว้าง ใช้อาาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาละลายลิ่มเลือด^{4,5} ซึ่งผลกระทบของการเกิดเลือดออกในสมองตามหลังการเกิดสมองขาดเลือด จะทำให้พยาธิสภาพของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ คือ สมองบวมจนทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากได้รับการดูแลรักษาล่าช้า จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความพิการเพิ่มขึ้น และเสียชีวิตในที่สุด⁶ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะวิกฤตที่มีความซับซ้อนในช่วงสัปดาห์แรกของการรับไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการและอาการแสดงที่หลากหลาย พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงทักษะเฉพาะด้านการประเมินกลุ่มนี้ ได้แก่ การประเมินปัจจัยที่ทำให้มีการขาดเลือดของสมองและเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ประเมินอาการของการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะสมองบวมหรือมีเลือดออกเพิ่ม ประเมินอาการที่มีการอุดตันของหลอดเลือด

เพิ่มขึ้นในบริเวณที่มีรอยโรคอยู่เดิม หรือภาวะที่เกิดจากเลือดออกภายในเนื้อสมองที่ขาดเลือด (Hemorrhagic transformation) เป็นต้น

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นหอผู้ป่วยขนาด 30 เตียง รับดูแลผู้ป่วยโรคอายุรกรรมทั่วไปและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมี Stroke unit ในหอผู้ป่วย จากสถิติการรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 435, 338 และ 330 รายตามลำดับ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเกิดภาวะแทรกซ้อนสมองบวมในขณะรับการรักษาจำนวน 8, 17 และ 16 ราย ตามลำดับ⁷ ซึ่งจะได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำที่มีแรงดันออสโมซิส (Osmotic agent) หรือยาขับปัสสาวะ แต่ผู้ป่วยบางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษาดังกล่าว แพทย์จึงพิจารณาทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Decompressive craniectomy) เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ซึ่งพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมยังขาดความรู้ทักษะ ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และขาดความต่อเนื่อง จากปัญหาที่พบดังกล่าว ผู้ขอประเมินในฐานะเป็นพยาบาลปฏิบัติ งานในอายุรกรรมหญิง 2 เล็งเห็นความสำคัญ จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำ ร่วมกับมีเลือดออกในสมองและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เป็นกรณีศึกษา เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการค้นคว้า มาเชื่อมโยงกับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างครบถ้วน หากประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยในการศึกษานี้ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากการศึกษานี้ ไปใช้ดูแล

ผู้ป่วยรายอื่น และเผยแพร่สู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำและ
มีเลือดออกในสมองบริเวณที่ขาดเลือดร่วมกับภาวะ
ความดันในกะโหลกศีรษะสูง

วิธีการศึกษา

เลือกโรคที่จะศึกษา จากปัญหาการดูแลผู้ป่วย
ของหน่วยงาน ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรค คัดเลือก
ผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ศึกษาปัญหาและวางแผนการ
พยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ
สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษา
ประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพค้าขาย เข้ารับการรักษา
วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2566 แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งแรก
recurrent right middle cerebral artery (MCA)
infarction วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย right middle
cerebral artery infarction with hemorrhagic
transformation, urinary tract infection, acute
kidney injury ทำผ่าตัด right wide decompression
craniectomy with duraplasty วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.
2566 จำหน่ายวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2566 รวม
ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 20 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ซึมมาก ไม่พูด ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ซึม ถามตอบซ้ำ
คลื่นไส้ อาเจียน

4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ซึมมากขึ้น ไม่พูด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

10 ปีที่แล้ว เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ
มะเร็งเต้านมข้างซ้าย ทำผ่าตัดเต้านมแล้ว

5 ปีก่อน เป็นลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วน
ลึก (DVT) ขาข้างซ้าย รักษาหายแล้ว

1 เดือนก่อน เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาด
เลือด ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) อาการคงที่แพทย์
จึงจำหน่ายกลับบ้าน โดยสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
รู้สึกตัวดี E₄V₅M₆ แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลัง
กล้ามเนื้อเกรด 0 แขน ขาข้างขวา เคลื่อนไหวได้ดี
กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 ความพิการ (MRS) ระดับ 4
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel
ADL Index) 35/100 คะแนน นั่งทรงตัวเองไม่ได้ ต้อง
มีคนพยุง

2 สัปดาห์ก่อน มาพบแพทย์ด้วยอาการพูดเพ้อ
เป็นๆ หายๆ รับประทานอาหารได้น้อย แพทย์วินิจฉัย
ว่าเป็น delirium post stroke behavior change
complication ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

รู้สึกตัวดี E₄V₅M₆ ถามตอบรู้เรื่อง แต่ช้า เสียง
เบา แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 0
แขน ขาข้างขวา เคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อ เกรด
5 สัญญาณชีพ BT = 36.6°C, PR = 114 beat/min,
RR = 20 beat/min, BP = 94/63 mmHg, O₂ sat =
97% ผิวหนัง ไม่แห้งแตก ไม่มีผื่น ไม่มีจ้ำเลือดหรือ
แผล เยื่อปอดและช่องปากซีด pupil BE 3 mm RTL
หายใจเข้า-ออก ขยายได้ดีเท่ากัน ฟังเสียงการหายใจ
เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่พบเสียงผิดปกติ หัวใจเต้นจังหวะ
สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur ท้องไม่อืด ไม่ปวดท้อง
ไม่มีกดเจ็บทั่วท้อง คลำไม่พบก้อน ตับ ม้ามไม่โต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2566

- urine exam: Leukocyte 1⁺ Bacteria few
- urine culture พบ Yeast cell
- Hemo culture: no growth
- Blood chemistry: BUN 62 mg/dl,
Creatinine 1.56 mg/dl, GFR 34.87 mL/min/1.73
m²

ผลการตรวจอื่นๆ

วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2566

- CT Brain: old Infarction of right fronto – parietal -temporal and basal ganglia, brain swelling of right cerebral hemisphere
30 กันยายน พ.ศ. 2566

- CT Brain: Chronological change of right MCA infarction, several hyperdense lesion at right basal ganglia 1.5 cm likely then hemorrhage

การรักษา

1. สารน้ำ ยาเข้าทางหลอดเลือดดำและใต้ผิวหนังมีดังนี้ 0.9 % NSS 1,000 ml ⑤ drip rate 40 – 80 ml/hr, 20% Mannitol 100 ml ⑤ q 8 hr, Glycerol 500 ml ⑤ drip 40 ml/hr, 0.9% NSS 1,000 ml + KCL 20 mEq ⑤ drip 80 ml/hr,

Tazocin 4.5 gm ⑤ q 8 hr, Plasil 10 mg ⑤ prn q 8 hr, Fentanyl 50 mg ⑤ prn q 4 hr, Dilantin 100 mg ⑤ q 8 hr, Vit K 10 mg ⑤, Enoxaparin 0.6 ml ⑤ bid

2. ยารับประทาน มีดังนี้ Folic acid 1 x 1 pc, Fluconazole (100 mg) 1 x 1 pc, Norgesic 1 x 3 pc, Elixer KCL 30 mL, Warfarin (2 – 3 mg) 1 x 1 hs, Neutapin (25 mg) 1 x 1 hs, Hydralazine (25mg) 2 x 3 pc, Atorvastatin (40mg) 1x1 hs

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเนื่องจากการเพิ่มปริมาตรของเนื้อสมองจากสมองบวมและมีเลือดออกในสมอง ข้อมูลสนับสนุน - ผล CT Brain แรกพบมี old Infarction of right fronto – parietal -temporal and basal ganglia, brain swelling of right cerebral hemisphere - ผล CT Brain ครั้งที่ 2 พบมี Chronological change of right MCA infarction, several hyperdense lesion at right basal ganglia 1.5 cm likely then hemorrhage - แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 0 แขน ขาข้างขวา เคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 5 - คลื่นไส้ อาเจียน วัตถุประสงค์การพยาบาล - เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเคลื่อนจากความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น - เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ	- ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุกๆ 1 ชั่วโมง เพื่อค้นหาอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ว่าการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง - ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ดูแลการหายใจให้มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ และภาวะสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น - ดูแลให้ O₂ cannula 3 lit/min เพื่อรักษาระดับ O₂ sat ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 94 % เพื่อป้องกันภาวะสมองขาดออกซิเจน และเพิ่มปริมาณ O₂ ไปเลี้ยงสมอง - สังเกตอาการที่บ่งชี้ว่าสมองบวมเพิ่มขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น กระสับกระส่าย - สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะสมองเคลื่อน ได้แก่ ซึมลง ชนารูม่านตาขยายโตหรือมีขนาดเล็กลง และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง โดยรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง แตกต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตรกล้ามเนื้อตาอ่อนแรง แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก มีภาวะ Decorticate หรือ Decerebrate หัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ - จัดทำนอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกันไม่บิดหมุนซ้าย หรือขวา และการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ควรทำด้วยความระมัดระวังไม่ให้สะโพกเอียงมากกว่า 90 องศา จะทำให้มีการแพร่กระจายของน้ำไขสันหลังสู่ช่องว่างไขสันหลังได้ดี และมีการไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวก ไม่คั่งค้างภายในสมอง - หลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้เกิด Valsalva responses เช่น การไอ จาม การออกแรงต้านต่างๆ - ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายและสมอง - ตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยเจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) เพื่อติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80 - 200 mg/dl รายงานแพทย์เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 400 mg/dl หรือต่ำกว่า 80 mg/dl - ตรวจวัดอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามภาวะไข้และควบคุมอุณหภูมิกายให้อยู่ระหว่าง 36 - 37 °C เพื่อป้องกันการเพิ่มเมตาบอลิซึมในสมอง กรณีพบอุณหภูมิสูงกว่า 37.5°C ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ร่วมกับใช้ cold pack วางบริเวณจุดระบายนความร้อน และให้ paracetamol (500mg) 1 tab prn q 6 hr

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	11. ประเมินอาการปวดศีรษะทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ยา Norgesic 1 x 3 pc ตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการปวดและอัตราการเผาผลาญในสมอง ซึ่งส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลงและผู้ป่วยสบายขึ้น 12. ดูแลให้ยา Plasil 10 mg (V) pm q 8 hr ตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน เนื่องจากทำให้ความดันในช่องท้องสูงขึ้น ซึ่งส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น 13. บันทึกปริมาณปัสสาวะ และประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการทำงานของไตลดลง และการเกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E₄V₅M₆ BT = 36 -37.9°C , BP = 100/80 - 122/84 mmHg PR = 94 -100 beat/min, RR = 20 beat/min Pupil Ø 2 mm RTL BE แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 0 แขน ขาข้างขวา เคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 5 ไม่มีอาการปวดศีรษะ อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง หลังแพทย์ทราบผล CT brain เข้า ได้พิจารณาทำผ่าตัด right craniectomy with duraplasty เพื่อนำก้อนเลือดออกและลดความดันในกะโหลกศีรษะ เป็น Elective case
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยมีภาวะ Acute kidney injury; AKI 2. คลื่นไส้ อาเจียน 3. ผล BUN = 62 mg/dl, Creatinine = 1.56 mg/dl, GFR = 34.87 ml/min/1.73 m² 4. ผลตรวจ Electrolyte พบ Na = 132 mmol/L วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดปริมาณของเสียในร่างกาย 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของไตลดลง	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดไตวายอย่างเฉียบพลัน เช่น ความดันโลหิตสูง หายใจลำบาก ภาวะกรดในเลือด 2. สังเกตระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินภาวะ uremic encephalopathy 3. บันทึกปริมาณสารน้ำ เข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 4. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง รายงานแพทย์เพื่อการรักษาต่อไป 5. ฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะ Pulmonary edema 6. สังเกตอาการบวมบริเวณแขน ขา ดูลักษณะ neck vein ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 7. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml (V) drip rate 80 ml/hr เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของโซเดียมในเลือด 8. ดูแลให้ได้รับอาหารจัด โปแตสเซียมต่ำ ฟอสฟอรัสต่ำ แคลอรีสูง ตามแผนการรักษา 9. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้น้อยกว่า 180 mg/dl 10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, Creatinine และ GFR เกลือแร่ในเลือด โดยเฉพาะ K, Na, PO₄, Mg, Ca, HCO₃ 11. ติดตามผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติจากการขาดสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ Hyperkalemia และ Hypermagnesemia ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของภาวะน้ำท่วมปอด ผลตรวจค่าการทำงานไตเข้า พบค่า BUN ปกติ = 13 mg/dl, Creatinine ปกติ = 0.67 mg/dl, GFR เพิ่มขึ้นเป็น 93.21 ml/min/1.73 m² ผลตรวจ Electrolyte พบ Na ปกติ = 137 mmol/L ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 1,300 ml/8hr สารน้ำออกจากร่างกาย (Urine) 1,200 ml/8 hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ Urine exam พบ Leukocyte 1⁺ Bacteria few, urine culture พบ Yeast cell มีไข้ BT= 37.9°C 2. แพทย์สงสัยมีภาวะ Sepsis	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของกลุ่มอาการการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย 2. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน Tissue perfusion และติดตามประสิทธิภาพการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง รายงานแพทย์เพื่อการรักษาต่อไป 3. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml (V) drip rate 80 ml/hr เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	4. ดูแลให้ยา Tazocin 4.5 gm (V) q 8 hr ตามแผนการรักษา เพื่อกำจัดเชื้อก่อโรค ฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ท้องเสีย มีดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ ภาวะช็อค 5. ดูแลให้ Fluconazole (100 mg) 1 x 1 pc ตามแผนการรักษา 6. ประเมินอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 7. ติดตามผลการตรวจ CBC, urine เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาการ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT = 36.5-37.6 °C, BP = 100/80 - 122/84 mmHg, PR = 94 -100 beat/min, RR = 20 beat/min, urine 1,200 ml/8 hr ผล CBC พบ WBC = 10,018 cell/mm ³
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกครั่นเนื้อ ครั่นตัว 2. มีไข้ BT = 37.9°C วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย สุขสบายขึ้นและลดอุณหภูมิของร่างกาย	1. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามภาวะไข้ 2. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml (V) drip rate 80 ml/hr และเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาเพราะน้ำจะช่วยให้ความร้อนออกจากร่างกาย 3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อย ๆ เพื่อลดความร้อนของร่างกายโดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการครั่นเนื้อ ครั่นตัว ไม่มีไข้ BT = 36.5-37.6°C นอนหลับได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดแผลกดทับ ข้อติด ลิ้นเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ จากกล้ามเนื้อแขน ขาอ่อนแรง ข้อมูลสนับสนุน 1. แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 0 2. ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) = 35/100 คะแนน 3. ผลการประเมินระดับความพิการ (Modified Rankin Scale; mRS) ระดับความพิการ (MRS) ระดับ 4 วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ข้อติด ลิ้นเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ	1. ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ปฏิบัติดังนี้ 1.1 ประเมินและบันทึกการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Barden scale และปฏิบัติตามแนวทางที่ประเมินได้ 1.2 ดูแลผิวหนังไม่ให้皴ขึ้น 1.3 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง อย่างนุ่มนวล สังเกตรอยแดง รอยขีดตามปุ่มกระดูกต่างๆ 1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา 1.5 ใช้อุปกรณ์ลดแรงเสียดทานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2. ป้องกันข้อยึดติด ปฏิบัติดังนี้ 2.1 ออกกำลังกายโดยให้มีการเคลื่อนไหวข้อทุกข้อ (Passive range of motion) วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที เพื่อรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ 2.2 จัดให้อนอนในท่าที่เหมาะสมและสุขสบาย โดยวางหมอนบางใต้เข่า หลีกเลี่ยงการเอามาไขว้กัน 2.3 ดูแลทำ Passive Exercise ให้ขณะไม่รู้สึกตัว และกระตุ้นให้ทำ Active Exercise เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว และอาการคงที่ 2.4 ปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อร่วมดูแลในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย 3. ป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ้นเลือดอุดตัน ปฏิบัติดังนี้ 3.1 ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน 3.2 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันทุก 8 ชั่วโมง ได้แก่ ขาบวมข้างเดียว (Unilateral leg swelling) ปวดที่ขาข้างเดียว Homan's sign แสดงผลบวก ผิวหนังแดงและอุณหภูมิที่ผิวหนังสูงขึ้น สังเกตเห็นหลอดเลือดดำที่อยู่ใต้น้ำได้ ผิวหนังได้ขีดขึ้น และสอบถาม อาการปวดบวม ขา หรือเป็นตะคริว อาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบทุกเวอร์ 3.3 วัดเส้นรอบวงต้นขาและน่องทุกวันๆ ละ 1 ครั้ง ถ้าพบว่าขาบวมข้างเดียว มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร รายงานให้แพทย์ทราบ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3.4 ดูแลให้ได้รับน้ำประมาณ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด 3.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายข้อแบบทำด้วยตนเอง หรือให้ญาติช่วยบางส่วน โดยใช้ท่ากระดกข้อเข้าขึ้นลง (Ankle pump) การหมุนข้อเท้า (Ankle cycle) และเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียง (ankle slide) อย่างน้อยท่าละ 15 ครั้ง 2 รอบต่อวัน ประเมินผลการพยาบาล ผิวหนังตามปุ่มกระดูกต่างๆไม่มีรอยแดงหรือแผลกดทับ ข้อต่างๆไม่ยึดติดเคลื่อนไหวได้จนสุดพิสัย ขาข้างซ้ายไม่บวม ไม่มีอาการปวดน่อง ขา หรือเป็นตะคริว หรือกดเจ็บ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากไม่มั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. แพทย์แจ้งแผนการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดออกจาสมอง 2. ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับอาการหลังผ่าตัด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ	1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด การระบับความรู้สึกสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สาย ท่อระบายจากแผลผ่าตัด และการใส่ท่อช่วยหายใจ 2. อธิบายการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมความสะดวกร่างกาย การเตรียมผิวหนังบริเวณศีรษะ การงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด อย่างน้อย 8 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งการเตรียมเลือด ยา สารน้ำ เพื่อใช้กับผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน พร้อมชี้แจงเหตุผล 3. ให้ข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด 4. ให้คำแนะนำ และฝึกทักษะผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลสาย ท่อระบายต่างๆ 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ประสานประสานศัลยแพทย์เมื่อผู้ป่วยต้องการทราบพยาธิสภาพของโรค 6. เตรียมพร้อมด้านร่างกายตามแผนการรักษาและตามท่อบริการให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด 7. เตรียมยาและอุปกรณ์ไปห้องผ่าตัด Cefazolin 2 gm, Gentamycin 80 mg, Vancomycin 500 mg, Dilantin 1,000 mg, Keppra 1,000 mg, 20 % Mannitol 300 ml, Transamine 1 gm, Dexamethasone 10 mg, จอจเลือด PRC 4 unit, FFP 4 unit 8. ติดตาม ประเมินผลการตรวจเลือด เตรียมเอกสาร ใบยินยอมผ่าตัด ประสานงานทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง พุดคุยมากขึ้น ตอบคำถามการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี
ระยะหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะสมองบวมเนื่องจากเนื้อเยื่อสมองได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด right wide decompression craniectomy with duraplasty ซึ่งการทำผ่าตัดทำให้เนื้อสมองบริเวณผ่าตัด บริเวณใกล้เคียง และเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Dura mater) ถูกกระทบกระเทือน เกิดการบาดเจ็บ 2. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ pain score = 8 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองบวม	1. สังเกต ประเมินอาการที่บ่งชี้ว่าสมองบวมเพิ่มขึ้น ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น กระสับกระส่าย flap โป่งตึง 2. ดูแลให้ 20% Mannitol 100 ml (V) q 8 hr, Glycerol 500 ml (V) drip 40 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อยับยั้งการดูดน้ำ และเกลือแร่ในปัสสาวะกลับเข้าสู่ร่างกายบริเวณท่อไต ทำให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น และช่วยในการดึง free water ออกจากสมอง ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง ร่วมกับสังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ การเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย โดยเฉพาะภาวะโซเดียมต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะขาดน้ำ ปวดศีรษะ ชัก น้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดอักเสบ ปัสสาวะคั่ง เม็ดเลือดแดงแตก การมองเห็นผิดปกติ 3. ดูแลลดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองบวม ได้แก่ 3.1 ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ระหว่าง 130/80 -140/90 mmHg 3.2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 130-180 mg/dl โดยเจาะ DTX เพื่อประเมินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และฉีดยาอินซูลินตามแผนการรักษาตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3.3 ควบคุมระดับโซเดียมในร่างกายให้มีความสมดุลอยู่ระหว่าง 136 -145 mmol/L โดยให้ 0.9%NSS 1,000 ml (V) drip rate 40 ml/hr ตามแผนการรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 15 คะแนน (E4V5M6) แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่มีการเคลื่อนไหว แต่กระดิกนิ้วได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 1 ส่วนแขน ขาข้างขวายกขยับได้ กำลังกล้ามเนื้อจากเกรด 3 เป็นเกรด 5 สัญญาณชีพปกติ BP =126/88 - 136/84 mmHg PR = 84 -108 beat/min, RR =20 beat/min
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอาการชักเนื่องจากมีรอยโรคในสมอง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด right wide decompression craniectomy with duraplasty ซึ่งการทำผ่าตัดทำให้เนื้อสมองบริเวณผ่าตัด บริเวณใกล้เคียง และเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Dura mater) บาดเจ็บและเป็นรอยโรค วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอาการชัก	1. ดูแลให้ได้รับยา Dilantin 100 mg (V) q 8 hr ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันอาการชัก ซึ่งจะส่งผลให้สมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น เผื่อระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ตากระตุก เดินเซ มึนงง สับสน ตาพร่า นอนไม่หลับ มือสั่น หงุดหงิด ปวดศีรษะ ประสาทหลอน คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย เหงื่อออกง่าย การเต้นของหัวใจผิดปกติ 2 เตรียมความพร้อมเครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน ไม้กดลิ้น สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเกิดอาการชัก 3. กรณีผู้ป่วยมีอาการชัก สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก ระยะเวลา ความถี่ ระดับความรู้สึกตัว รายงานแพทย์ทันที จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบ ตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง(ด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด) ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทขณะและหลังเกิดภาวะชัก ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตรงตามแผนการรักษา ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ และภายหลังให้การพยาบาลอย่าลืมถามเตียงขึ้นทุกครั้ง เพื่อป้องกันการตกเตียง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก หรือชัก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะชืดเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด และมีเลือดออกที่แผลผ่าตัดจากความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับผ่าตัด right wide decompression craniectomy with duraplasty สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 200 ml 2. ผลตรวจ CBC หลังผ่าตัด 1 วัน พบ Hemoglobin = 9.8 g/dl, Hematocrit = 28.9 % 3. เยื่อบุตา เยื่อบุช่องปากชืด 4. มีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด และออกจาก radivac drain 100 ml 5. ผลการตรวจ Coagulation test ก่อนผ่าตัด พบ INR = 1.21 หลังผ่าตัด 1 วัน พบ INR = 1.83, PT =17.8 วินาที วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือด 2. เพื่อห้ามเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด	1. ดูแลช่วยแพทย์ใช้ staple suture แผล เพิ่ม 2. ดูแลให้ Vit K 10 mg (V), FFP 2 unit (V) ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด 3. ดูแลให้ Folic acid 1x 1 pc ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยในกระบวนการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดง ส่งเสริมการหายของแผล และป้องกันการอักเสบของเนื้อเยื่อ 4. ติดตาม ประเมิน บันทึกปริมาณเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด และออกจาก radivac drain 5. ติดตามผลตรวจค่า Hemoglobin, Hematocrit และผลการตรวจ Coagulation test ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย เยื่อบุตา เยื่อบุช่องปากไม่ชืด Hemoglobin = 12.2 g/dl, Hct = 36 % ไม่มีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด radivac drain มีเลือดออก 10 -20 ml/day
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยขาดความสมดุลของเกลือแร่โปแตสเซียมในร่างกายเนื่องจากสูญเสียออกทางปัสสาวะจากการได้รับสารน้ำออสโมซิส และรับประทานอาหารได้น้อย ข้อมูลสนับสนุน	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมต่ำ 2. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml + KCL 20 mEq (V) drip 80 ml/hr และ Elixer KCL 30 ml x 3 dose ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของการได้รับ KCL คือ อาการแน่นหน้าอก ชีพจรเต้นช้า คลื่นหัวใจผิดปกติ ปวดท้อง ท้องอืด กระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาต

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผลตรวจ Electrolyte พบ Potassium = 2.9 mmol/L 2. มีประวัติคลื่นไส้ อาเจียน และง่วงนอนอาหารก่อนผ่าตัด 3. ปัสสาวะออกมากหลังให้ 20 % Mannitol เท่ากับ 2,743 ml วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อรักษาความสมดุลของโปแตสเซียมในร่างกาย	3. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมิน ติดตามการเต้นหัวใจเต้นผิดจังหวะที่แสดงว่ามีภาวะโปแตสเซียมรุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ พบ ST-segment depression, T-wave flattening, T-wave inversion หรือมี U-wave 4. ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกและปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง 5. เจาะเลือดส่งตรวจ และประเมินค่าระดับโปแตสเซียมในเลือดซ้ำ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ไม่พบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย และภาวะหายใจลำบาก สัญญาณชีพปกติ BP = 126/88 - 136/84 mmHg, PR = 84 - 108 beat/min, RR = 20 beat/min O₂ sat = 99 - 100 % ปริมาณสารน้ำเข้า/น้ำออก (urine) เท่ากับ 1,700/1,900 ml/day ผลตรวจ Electrolyte ซ้ำ พบ Potassium ปกติ = 3.5 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยปวดขาข้างซ้าย เนื่องจากมีลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก ข้อมูลสนับสนุน 1. แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 0 - 1 2. ผู้ป่วยบ่นปวดน่องขาข้างซ้าย ขาข้างซ้ายบวม 3. ผล Ultrasound Doppler left leg พบมี Deep vein thrombosis (DVT) วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดอาการปวดขาข้างซ้าย 2. เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดบริเวณขาข้างซ้าย	1. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายข้อแบบทำด้วยตนเอง (Active range of motion) หรือให้ผู้ผู้อื่นช่วยบางส่วน (Active assistive ROM) โดยใช้ท่ากระดกข้อเข่าขึ้นลง (Ankle pump) การหมุนข้อเท้า (Ankle cycle) และเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียง (ankle slide) อย่างน้อยท่าละ 15 ครั้ง 2 รอบต่อวัน 2. ดูแลให้ Enoxaparin 0.6 ml  bid ร่วมกับ Warfarin (2 - 3 mg) 1 x 1 hs 3. ดูแลให้ได้รับน้ำประมาณ 2,000 - 3,000 ml/day เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด 4. ฝึการระวังอาการแทรกซ้อนการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด ได้แก่ แน่นหน้าอกกะทันหัน ความดันโลหิตต่ำ เจ็บหน้าอก ประเมินผลการพยาบาล ขาซ้ายยุบบวมลงไม่มีอาการบวมแดง ชา กดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด pain score = 8 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินความเจ็บปวด ทุก 2-4 ชั่วโมง และประเมินจากสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย เช่น คิ้ว ขมวด นอนกระสับกระส่าย ฝันตัวเวลาเปลี่ยนท่าก้มนอน เหงื่อออก หน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น 2. แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวด โดยการหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ ทางปาก เพื่อผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด 3. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Fentanyl 50 mg  pm q 4 hr ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ สับสน เห็นภาพหลอน ชัก กระตุก หวาดระแวง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยา Fentanyl 50 mg จำนวน 3 ครั้ง ในวันแรกและวันที่ 2 หลังผ่าตัด หลังจากนั้น บอกว่าทุเลาอาการปวด pain score 0 - 2 คะแนน สีหน้าผ่อนคลาย นอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากความแข็งแรงของผิวหนังลดลง แผลมีสารคัดหลั่งซึม และมีสายระบายออกสู่ภายนอก และปริมาณออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงแผลลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด right wide decompression craniectomy with duraplasty มี radivac drain ออกจากแผล 1 เส้น 2. Hemoglobin = 9.8 g/dl, Hct = 28.9 % วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดติดเชื้อแผลผ่าตัด	1. ดูแลให้แผลผ่าตัดและผ้าปิดแผลแห้งสะอาดอยู่เสมอ กรณีที่แผลมีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึมมาก ทำแผลให้ใหม่ โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ 2. สังเกตลักษณะแผลที่บ่งชี้ว่าเกิดการติดเชื้อ เช่น อักเสบ บวม แดง ร้อน แผลมีกลิ่นเหม็นหรือแผลมีหนองไหล หากพบความผิดปกติดังกล่าวรายงานแพทย์ทราบ 3. ดูแล radivac drain ให้อยู่ในระบบปิดและเป็นสุญญากาศอยู่ตลอดเวลา ระวังระดับสายระบายไม่ให้หัก พับ งอ เลื่อนหลุด 4. ดูแลให้ยา Tazocin 4.5 gm  q 8 hr ตามแผนการรักษา เพื่อกำจัดเชื้อก่อโรค ฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ท้องเสีย มีดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ ภาวะซีด 5. บันทึกและสังเกตลักษณะเลือดและสารคัดหลั่งที่ออกจาก radivac drain เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดและการติดเชื้อของแผล 6. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย หรือสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วย และให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Aseptic technique

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าแผลผ่าตัดติดเชื้อ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT= 36.7 - 37.2°C หลังผ่าตัด 3 วัน แผลผ่าตัดไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึม หลังผ่าตัด 5 วัน ไม่มีเลือดออกทาง radivac drain แพทย์พิจารณา off radivac drain และ off max stitch เว้น stitch หลังผ่าตัด 10 วัน total stitch off แผลแห้ง ดิดดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการ หงุดหงิดง่าย พุดไม่ติดกับเจ้าหน้าที่ ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ 2. ญาติ บอกว่า เคยเป็นผู้นำครอบครัว เป็นคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว รู้สึกตนเองมีคุณค่าลดลงที่เคยเป็นคนดูแลลูกหลาน แต่ตอนนี้ทำไม่ได้ รู้สึกเครียด และหงุดหงิดที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่ดี และเพิ่มคุณค่าในตนเอง	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ระบายความคิด ความรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่หรือญาติ 3. แสดงการยอมรับผู้ป่วยโดยเรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง และทักทายอย่างสม่ำเสมอ ไม่แสดงท่าทีคุกคาม ตำหนิ หัวเราะ ขบขัน วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เอาใจใส่รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีจริงใจและเป็นมิตร 4. กระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนและเห็นผลสำเร็จว่าสามารถปฏิบัติได้ในระยะสั้นๆ เช่น การทำความสะอาดร่างกายตนเอง การบริหารร่างกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น 5. เสริมสร้างกำลังใจ โดยให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมสำเร็จ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเอง 6. ให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรมและการช่วยเหลือผู้ป่วย 7. ดูแลให้ Neutapin (25 mg) 1 x 1 hs เพื่อลดอาการซึมเศร้า หรืออารมณ์แปรปรวน และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว มีไข้ ปวดท้อง บวมตามร่างกาย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลสนับสนุน 1. การเจ็บป่วยในครั้งนี้เป็นการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 2. ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารประเภทของทอด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง	1. ให้คำแนะนำในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ 140/90 mmHg ควบคุมระดับไขมันในเลือด LDL- C น้อยกว่า 100 mg/dl การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดังนี้ 1.1 ลดอาหารที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง อาหารรสเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง ลดอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการรับประทานผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด 1.2 งดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.3 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยให้มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ตั้งแต่ 19-23 kg/m² 1.4 ออกกำลังกายวันละประมาณ 30-45 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ 1.5 รับประทาน ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ Hydralazine (25mg) 2 x3 pc และยาลดไขมันในเลือด ได้แก่ Atorvastatin (40mg) 1x1 hs 1.6 หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียด หรือผ่อนคลายความเครียด โดยวิธีนอนหลับพักผ่อน พุดคุยพบปะเพื่อนฝูง ออกกำลังกาย นั่งสมาธิ ฟังเพลง 2. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 2.1 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย อาการผิดปกติ ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอกคล้ายมีสิ่งของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวไหล่ หายใจเหนื่อย 2.2 โรคหลอดเลือดสมอง อาการผิดปกติ ได้แก่ พุดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน 2.3 จอประสาทตาเสื่อม อาการผิดปกติ ได้แก่ สายตามัวลง เห็นเงาดำบังเวลามองภาพ มองเห็นภาพซ้อน 2.4 ไตเสื่อมสภาพมากขึ้นเป็นระยะที่ 4 อาการผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะสีส้มหรือสีน้ำตาลเข้ม อาการบวมบริเวณหนังตา ใบหน้า และขาทั้งสองข้าง 2.5 หลอดเลือดส่วนปลายตีบ ได้แก่ อาการปวดขา ชาหรืออ่อนแรงของแขนหรือขา รู้สึกเย็นที่ขาส้นล่าง เกิดแผลที่เท้า

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.6 เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ได้แก่ อาการชาที่ปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง บางรายจะมีอาการปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนถูกแทง ส่วนใหญ่อาการมักจะเกิดตอนกลางคืน ในระยะต่อมาอาการปวดจะลดลง แต่จะรู้สึกชาและการรับสัมผัสลดลง 3. ประสานทีม HHC เพื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และเยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด สาเหตุเกิดจากการอุดตันของ MCA โดยมีพยาธิสภาพบริเวณ right basal ganglia และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) และ ในครั้งนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผล CT brain พบมีเลือดออกในสมองบริเวณเดียวกับที่เคยขาดเลือดมาก่อน และเกิดขึ้นใหม่ (Hemorrhagic transformation; HT) คือ right basal ganglia ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิด HT ในผู้ป่วยรายนี้ คือ มีประวัติการได้รับยา rtPA โดย rtPA นอกจากจะเร่งละลายลิ่มเลือดที่อุดตันเส้นเลือดแล้ว ขณะเดียวกันก็จะออกฤทธิ์สลาย Basal lamina ที่ทำหน้าที่สร้างความแข็งแรงให้กับเส้นเลือดด้วย จึงทำให้เส้นเลือดแตกง่าย ซึ่งการเกิด HT ของผู้ป่วยรายนี้เป็น late onset นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมการเกิด HT ได้แก่ สูงอายุ เป็นโรคความดันโลหิต และรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเป็นประจำ^{9,10} โดยการเกิด HT ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้น จากเดิมที่มีเพียงแขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 แต่ครั้งนี้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเพิ่ม คือ ชิม ไม่พูด ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วในการลดภาวะสมองบวม และลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยการให้ยา ดูลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงและการทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมามีความรู้สึกตัว พูดคุยได้ตามปกติ แขน ขาข้างซ้ายยังคงอ่อนแรง แต่กำลัง

กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเป็นเกรด 1 ในส่วนปัญหาอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไตวายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้รับการกำจัดเชื้อก่อโรค และเพิ่มสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือด และฟื้นฟูสภาพไตอย่างทันเวลา ทำให้ไม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และไตสามารถกลับมาทำงานได้เป็นปกติ สำหรับปัญหาหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวร่างกาย และภาวะโภชนาการ ได้รับการดูแลเพื่อแก้ปัญหาอย่างครอบคลุม ทำให้ปัญหาทั้งหมดถูกแก้ไขหมดไป

ข้อเสนอแนะ

1. นำความรู้ทางทฤษฎีที่ได้จากการค้นคว้า และกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เผยแพร่แก่พยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างการเรียนรู้ ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดและมีเลือดออกในสมองบริเวณที่ขาดเลือดร่วมกับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้อย่างเป็นระบบ และครอบคลุมปัญหา ความต้องการ

2. จัดให้มีระบบติดตาม ประเมินการเกิดภาวะ HT ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยา rtPA ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผลข้างเคียงของยาอาจเกิดขึ้นได้หลังได้รับยามากกว่า 72 ชั่วโมง (Late onset)

เอกสารอ้างอิง

1. วิภารัตน์ โนนกลาง. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต] 2564. [สืบค้นเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก: <https://www.nmu.ac.th/nmu-display-service/render/attach/>
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2564; 37(4): 54-60.
3. อรุมา คงแก้ว. การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย] สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
4. จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต] 2561. [สืบค้นเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก 2561 <https://publication.npru.ac.th/bitstream/>
6. Spronk E., Sykes G., Falcione S., Munsterman D., Joy T., Kamtchum-Tatuene J., and Jickling GC. Hemorrhagic Transformation in Ischemic Stroke and the Role of Inflammation. *Front Neurol* 2021; 12: 1-15
7. Kovács KB., Bencs V., Hudák L., Oláh L. and Csiba L. Hemorrhagic Transformation of Ischemic Strokes. *International Journal of Molecular Sciences* 2023, 24(18).
8. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563 – 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
9. สิโรตม์ ศรีมหาตไทย. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเลือดออกในสมองสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันที่ได้รับยา rtPA วารสารแพทย์เขต 4 - 5 2563; 39(4): 604 - 615.
10. Zhang J., Yang Y., Sun H., and Xing Y. Hemorrhagic transformation after cerebral infarction: current concepts and challenges. *Annals of translational medicine* 2014; 2 (8): 1-7.

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะ HELLP syndrome และคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา

Nursing care for mother post-cesarean section with Severe Pre-Eclampsia, HELLP syndrome, and during Preterm Delivery: A case study

(Received: September 26,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

เมธาวดี ลากสัมปันน์¹

METAVADEE LAPSUMPUN¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะ HELLP syndrome และคลอดก่อนกำหนด โดยมารดาอายุ 30 ปี G₂ P₀ Ab₁L₀ อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 25 มีนาคม 2566 รับส่งต่อจากคลินิกแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านหมี่หลังจากตรวจพบ Fetal IUGR with R/O Preeclampsia ส่งตัวมาเพื่อรักษาต่อ แพทย์วินิจฉัย Severe Preeclampsia ความดันโลหิต 188/100 มิลลิเมตรปรอท

ผลการศึกษา: พิจารณาให้คลอดโดยผ่าตัดนำทารกออกทางหน้าท้อง ภายหลังคลอดมีอาการชักเกร็งกระตุกประมาณ 30 วินาที เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะชัก มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ Preeclampsia (HELLP syndrome) และเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ปวดแผล เสี่ยงแผลติดเชื้อ ได้ให้การพยาบาล ป้องกันภาวะชักซ้ำ ให้ยากันชัก 10% MgSO₄ 10 gm ใน 5% D/W 1,000 ml iv drip 1 gm/hr. ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด บรรเทาอาการปวดแผล ผู้ป่วยปลอดภัยเริ่มรับประทานอาหารได้ กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย สามารถไปให้นมบุตรได้ อาการดีขึ้นเป็นลำดับ จำหน่ายในวันที่ 3 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 9 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, การผ่าตัดคลอด, ภาวะความดันโลหิตสูง, คลอดก่อนกำหนด

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of mothers post-cesarean section with high blood pressure, HELLP syndrome, and preterm birth. A 30-year-old woman, G₂ P₀ Ab₁L₀, at 35 weeks of gestation, was admitted to the hospital on March 25, 2023, following a referral from a clinic in Banham district after the detection of fetal intrauterine growth restriction (IUGR) with a rule-out diagnosis of preeclampsia. The physician diagnosed her with severe preeclampsia, with a blood pressure of 188/100 mmHg.

Results: A cesarean section was performed to deliver the baby. Post-delivery, the mother experienced a 30-second seizure, which posed a risk of tissue hypoxia. She had severe complications of preeclampsia (HELLP syndrome) and was at risk of postpartum hemorrhage in the first 24 hours, as well as wound pain and risk of infection. Nursing interventions included preventing recurrent seizures with 10% MgSO₄ (10 g in 5% D/W 1,000 ml IV drip at 1 g/hr.), preventing postpartum hemorrhage, and managing pain. The patient stabilized, was able to start eating, and was encouraged to mobilize. She was able to breastfeed and showed progressive improvement. She was discharged on April 3, 2023, after a total hospital stay of 9 days.

Keywords: Nursing Care, Cesarean Section, Hypertension, Preterm Birth

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย มีความเสี่ยงสูง¹

¹ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสามของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ² สำหรับประเทศไทยในปีพ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 2.2³ และจากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2554 รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการตาย 23.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน⁴ เมื่อจำแนกสาเหตุการตาย พบว่าความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายในระยะคลอดอันดับที่สอง รองจากการตกเลือดหลังคลอด ในปัจจุบันเชื่อว่าพยาธิสภาพที่สำคัญคือการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงรก ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีปริมาณรกมากผิดปกติ เช่นการตั้งครรภ์แฝด ทารกบวม น้ำพยาธิสภาพส่วนใหญ่พบชัดเจนในผู้คลอด sever preeclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง) ถ้าไม่ทราบหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้⁵ การดำเนินของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะชักเกร็ง eclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีภาวะชักเกร็ง) และ HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) ทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองและหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด⁶

จากสถิติของผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวนมารดาหลังคลอด 547 คน, 651 คน และ 653 คน ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 19 คน (3.47), 45 คน (6.91) และ 25 คน (3.83) ตามลำดับ ในปี 2566 เกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มอาการ HELLP Syndrome จำนวน 2 คน (8.00)⁷ ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่สำคัญนับตั้งแต่การซักประวัติการเจ็บป่วยการประเมินสภาพร่างกาย วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยโรค รวมทั้งสังเกตอาการและอาการ

เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว มีการบริหารยาลดความดัน เตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัดคลอดเร่งด่วน จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข⁸

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษา การพยาบาล มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะ HELLP syndrome และคลอดก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะ HELLP syndrome และคลอดก่อนกำหนด
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
4. วางแผนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล
5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา มารดาอายุ 30 ปี G₂P₀Ab₁L₀ อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรกตอนอายุครรภ์ 7 สัปดาห์ที่คลินิก ฝากครรภ์ทั้งหมด 10 ครั้ง ระหว่างตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนชนิด

อาการสำคัญ รับส่งต่อจากคลินิกแห่งหนึ่ง ในอำเภอบ้านหมี่หลังจากตรวจพบ Fetal IUGR with R/O Preeclampsia 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไปฝากครรภ์ตามนัดที่คลินิกแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านหมี่ ตรวจพบ Fetal IUGR with R/O Preeclampsia จึงส่งตัวมาเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลบ้านหมี่

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ หรือคลินิกที่รับผู้ป่วยประกันสังคม การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยปัจจุบันรับรู้มาตั้งครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร ปฏิเสธการดื่มสุรา บุหรี่ และสารเสพติดทุกชนิด รับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาทุกวัน รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ยกเว้นเนื้อวัว ชอบรับประทานอาหารรสจัด ดื่มน้ำประปาที่ผ่านเครื่องกรองน้ำที่บ้าน วันละ 6-7 แก้ว ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน และการย่อยที่ผิดปกติ น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ถ่ายอุจจาระทุกวันช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัดลักษณะปัสสาวะ อุจจาระปกติ ผู้ป่วยปวดบริเวณเอว้าวไปเชิงกรานด้านขวา ปัสสาวะออกได้เองสีเหลืองใสมีเลือดปน ปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่บ้านได้ตามปกติ ส่วนใหญ่ทำงานบ้าน ไม่เคยออกกำลังกายแบบมีแบบแผน ปกตินอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 21.00-05.30 น. ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่เคยใช้ยานอนหลับ นอนหลับกลางวันในวันหยุด บางครั้ง 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลหลับได้เป็นพักๆ มีความฉลาดจดจำดี การรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส การรู้สึกร้อน-หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ สัมพันธภาพในครอบครัวดี การเจ็บป่วยครั้งนี้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างตั้งครรภ์ Hematocrit 34%, Blood group B Rh positive VDRL Non-reactive, HIV Negative, HbsAg ผล Non reactive

การวินิจฉัย Severe Preeclampsia

สรุปอาการ แกรับที่ท้องคลอดมีปวดศีรษะ ตาพร่ามัวเป็นบางครั้ง ไม่มีจุดแค้นใต้ลิ้นปี่ ขาบวม 2 ข้างระดับ 3 ตรวจครรภ์ ท่า LOA FHS 136 ครั้ง/นาที่ Cervix dilate 1 เซนติเมตร Effacement 50 Station - 1 ตรวจ Urine Albumin 3+ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที่ การหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 178/83 มิลลิเมตรปรอท On 5 % D/N/2 1000 ml iv drip 100 ml/hr แพทย์วินิจฉัย Severe Preeclampsia ให้ยา MgSO₄ 4 gm iv push ซ้ำๆ , 5 % D/W 1000 ml + MgSO₄ 10 gm iv drip 1 gm/hr. retained foley's cath ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับ PIH พบว่าระดับความดันโลหิตไม่ลดลงความดันโลหิต 188/100 มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดศีรษะมาก ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มขึ้น แพทย์พิจารณาให้คลอดโดยผ่าตัดนำทารกออกทางหน้าท้อง คลอดทารกเพศหญิง Apgar score 9, 10 ค่ะ น้ำหนักแรกคลอด 1,980 กรัม หลังผ่าตัดย้ายไปดูแลต่อที่ห้องคลอด

แกรับที่หลังคลอดหลังทำผ่าตัด Cesarean section indication pre eclampsia เรียกรู้สึกตัว พูดคุย ถามตอบรู้เรื่อง ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที่ การหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม ท้องอืด เคาะโปร่ง น้ำคาวปลาสีแดงออกเล็กน้อย ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสออกดี NPO 5 % D/N/ 2 1000 ml + Synto 20 unit iv drip 100 ml/hr. คู่กับ 5% D/W 1000 ml + MgSO₄ 10 gm iv drip 1 gm/hr. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลมาก ดูแลให้ Dynastat 1 amp iv ทุก 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที พบว่า ความดันโลหิตสูงขึ้น 180/110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ให้เฝ้าระวังอาการชักอย่างใกล้ชิด ยกเหล็กกันเตียง ป้องกันอุบัติเหตุ อธิบายให้ญาติเฝ้าดูแลข้างเตียง และอาการปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ บุตรอยู่ในความ

ดูแลของแผนกทารกป่วย เนื่องจากน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย พอช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง หายใจสม่ำเสมอไม่เหนื่อยหอบ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม บ่นปวดแผล ประเมินระดับความเจ็บปวด อยู่ระดับ 8 NPO ยัง On 5 % D/N/ 2 1000 ml + Synto 20 unit iv drip 10 ml/hr. คู่กับ 5 % D/W 1000 ml + MgSO₄ 10 gm iv drip 1 gm/hr. มดลูกหดรัดตัวดี วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/110 มิลลิเมตรปรอท ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสออกดี ผู้ป่วยบ่นหนักหน้าตา สีมืดไม่ขึ้น มีอาการชักเกร็งกระตุกประมาณ 30 วินาที ยกเหล็กกันเตียงให้ ไส้ไม่กลดลิ้น จับนอนตะแคงหน้าป้องกันการสูดสำลัก รายงานแพทย์ ให้ Valium 10 mg iv stat วัดสัญญาณชีพ ชีพจร 110 ครั้ง/นาที การหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 190/120 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 94% ให้ On O₂ Mask with bag 8 lit/min ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย อธิบายการดำเนินของโรคและสภาพอาการปัจจุบัน ให้ญาติทราบ รับฟัง เข้าใจ 2 วันหลังผ่าตัดคลอด มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ขาบวมกดบ่ม 2 ข้างระดับ 2 แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม ปวดแผลผ่าตัดพอทนได้ ท้องอืดตึง

เล็กน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอดปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หยุดการให้ยา MgSO₄ ผู้ป่วยบ่นอึดท้องมากขึ้น เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อย กระตุ้น Ambulation แนะนำการพลิกตะแคงตัว ลูกนั่ง ปฏิบัติได้ดีขึ้น ทุเลอึดแน่นท้อง เริ่มจิบน้ำ รับประทานอาหารเหลว รับประทานได้พอสมควร ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รับฟัง เข้าใจ 5 วันหลังผ่าตัดคลอดมารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ขาบวมกดบ่ม 2 ข้างระดับ 2 แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม ปวดแผลผ่าตัดพอทนได้ ท้องไม่อืดตึงมีเลือดออกทางช่องคลอดปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส รับประทานอาหารได้มากขึ้น แพทย์พิจารณาให้ off IV off foley 's cath ได้ ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ความดันโลหิต 120/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะได้เอง ไม่แสบขัด วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน อธิบายการปฏิบัติตัวที่บ้าน จำหน่ายในวันที่ 3 เมษายน 2567 รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 9 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะชัก	ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จับหน้าตะแคงซ้าย ไส้ไม่กลดลิ้น เพื่อป้องกันการสูดสำลัก On O ₂ Canular 5 lit/min เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ในภาวะวิกฤติเพื่อสังเกตและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงได้ทัน และทุก 1 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ในระดับปกติ Monitor O ₂ saturation เพื่อประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย Monitor EKG เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง พบผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม หายใจเร็ว 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 110 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 178/100 มิลลิเมตรปรอท O ₂ saturation 94 % เปลี่ยนเป็น On O ₂ Mask with bag 8 lit/min การประเมินผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ O ₂ saturation 98-99 %
2. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากมีภาวะชักเกร็ง	ยกเหล็กกันเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการตกเตียง ใช้ไม้กดลิ้นพันผ้าก๊อชใส่ระหว่างฟัน กรามเพื่อป้องกันการกัดลิ้นตนเองตั้งแต่มีอาการเริ่มต้นชักและก่อนที่ผู้ป่วยจะกัดฟันแน่นถอด ฟันปลอมออกเพื่อป้องกันการตกลงไปในหลอดลมทำให้เกิดอาการอุดตัน ใช้หมอนและหมอน ข้างกันเพื่อไม่ให้ศีรษะลำตัวและแขนขากระแทกกับไม้กันเตียงเพื่อป้องกันอันตรายจากการชัก เช่น Trauma ที่ศีรษะแขนขาหรือตกเตียง อธิบายให้ญาติเข้าใจอาการผู้ป่วยว่า มีโอกาสเกิด การชักเกร็งซ้ำได้อีก เนื่องจากยังมีระดับความดันโลหิตสูงภายหลังคลอด จำเป็นที่จะต้องมีย ญาติคอยดูแลใกล้ชิด การประเมินผล ไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง ไม่มีการบาดเจ็บจากการกัดฟันและลิ้น เจ็บแขนข้างซ้าย เล็กน้อย ไม่มีบาดแผล
3. มีโอกาสเกิดภาวะชักเนื่องจาก ความดันโลหิตสูงรุนแรง	สังเกตสัญญาณอันตรายก่อนเกิดอาการชักอย่างระมัดระวังและต่อเนื่อง ได้แก่ มีความดันโลหิต สูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเฉียบพลัน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว เจ็บแน่นชายโครง hyperreflexia การโต้ตอบผิดปกติ เช่น ชิม มึนงง ดูแลให้รับยากันชักตามแผนการรักษาของ แพทย์ โดย ให้ยาตามขนาดและวิธีการที่กำหนด คือ 10% MgSO ₄ 10 gm ใน 5% D/W 1,000 ml iv drip 1 gm/hr.ตรวจสอบอาการระหว่างให้ยาอย่างสม่ำเสมอ เตรียมพร้อมในการ ช่วยเหลือภาวะยาออกฤทธิ์เกินขนาด รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดให้ยาเมื่อมีอาการ ได้แก่ ปัสสาวะออก น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจต่ำกว่า 12 ครั้ง/นาที ไม่พบ deep tendon reflex ตรวจวัดความดันโลหิตทุก 5 -15 นาที ระหว่างการได้รับยาป้องกัน อาการชัก ตวงน้ำดื่มและบันทึกปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกายทุก 8 ชั่วโมง สอบถามอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น อาการข้างเคียงของยา MgSO ₄ ได้แก่อาการกระหายน้ำ ร้อนวูบวาบตามตัวหรือออก และหมดแรง ดูแลความสบายทั่วไป เช่น ความสะอาดร่างกายความสะอาดปากและฟัน จัด สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและไม่กระตุ้นอาการชัก ได้แก่ ยกไม้กันเตียง บรรเทาภาวที่เจ็บมีเสียง รบกวนน้อยที่สุด ให้ยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา การประเมินผล ไม่เกิดอาการชักซ้ำ ได้รับยากันชักตามแผนการรักษาของแพทย์ สัญญาณชีพ ความดัน โลหิต 128/96-160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 - 110 ครั้ง/นาที หายใจ 20 - 22 ครั้ง/ นาที ปัสสาวะออก 50 - 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
4. มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ Preeclampsia (HELLP syndrome) และเสี่ยงต่อภาวะตก เลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก	ประเมินการหดตัวของมดลูก สังเกตความรู้สึกตัว เพื่อประเมินภาวะช็อค สังเกตอาการซีด โดยสังเกตจากปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่เกิน 30 ซีซีต่อชั่วโมง เปรียบเทียบค่า อาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ ที่แสดงถึงภาวะช็อค เพื่อประเมินภาวะช็อค สังเกตอาการเลือดออกตามไรฟัน หรือจุดต่างๆของร่างกาย ปัสสาวะสี โค้ก ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที รายงานแพทย์ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ดูแล ให้ได้รับสารน้ำและยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ได้แก่ 5% D / N/ 2 1000 ml + Synto 20 unit 1000 ml.iv drip 10 d/min เพื่อชดเชยสารอาหารและน้ำในร่างกาย และให้มดลูกหดตัวดีขึ้น ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ ขัดขวางการหดตัวของมดลูกพร้อมบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้การรักษาดูตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องสามารถให้การรักษาทันท่วงที การประเมินผล ความดันโลหิต 138/76-140/94 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่มี อาการกระสับกระส่าย มึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ระคายคอ คอแห้งกระหายน้ำ ผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับและจำนวนเกล็ดเลือดผิดปกติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	ดูแลจัดท่า Fowler's position ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น สอบถามถึงความเจ็บปวดบริเวณที่ปวด ระยะเวลาของความเจ็บปวดเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บตึงแผล เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุยเพื่อให้มุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง แนะนำให้ใช้มื่อประคองแผลผ่าตัดขณะมีการเคลื่อนไหวร่างกายและให้เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เวลาเปลี่ยนท่าหรือไอ เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 3 mg iv. prn ทุก 6 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กดการหายใจ ง่วงนอน เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งกระตุ้นและสิ่งรบกวน จำกัดเวลาเยี่ยมไข้ของผู้ป่วยหลัก การประเมินผล ผู้ป่วยบอกทุเลาปวดแผล ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ หลังได้รับยาแก้ปวดมี early ambulation มากขึ้น ลูกนั่งข้างเตียงและเดินไปเข้าห้องน้ำได้ Pain score 3-4 คะแนน ชีพจร 90-98 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/90-140/88 มิลลิเมตรปรอท
6. เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด	ประเมินดูลักษณะบาดแผล ได้แก่ รอยบวมแดง แผลแยก มีลักษณะ discharge สีผิดปกติ มีหนอง เพื่อประเมินการติดเชื้อ ถ้ามีก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ทำแผลผ่าตัดแบบ Dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ NSS เช็ดบริเวณริมแผล suture วนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล ถ้ามีเลือดเปื้อนระหว่างรอยเย็บแผลเช็ดออกจนสะอาดแล้วจึงปิดแผล สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น حمام ปาก เล็บ ฟัน และ ผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การประเมินผล ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่มี discharge ชิม แผลไม่บวมแดง ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง แผลไม่เปียกน้ำ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.2 องศาเซลเซียส
7. มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืด	ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการสังเกตและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะท้องอืดฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าผลของยาเร่งบีบความรู้สึกทั่วร่างกายจะทำให้อวัยวะภายในระบบย่อยอาหารหยุดการทำงานชั่วคราว ส่งผลทำให้หลังผ่าตัดอาจเกิดอาการท้องอืดได้ประกอบกับที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยจึงทำให้เกิดอาการมากขึ้น ดูแลจัดให้ผู้ปวยนอนในท่า Fowler's position เพื่อช่วยให้อากาศในท้องหย่อนตัวและลดอาการแน่นท้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่นอนพักบนเตียงและให้มีการลุกออกจากเตียงเพื่อเดินให้เร็วที่สุด จะช่วยให้ระบบย่อยอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดมากขึ้น ลดการเกิดภาวะท้องอืด เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้แนะนำอาหารที่มีกากใยเพื่อช่วยให้ถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น เช่น ผักชนิดต่างๆ ผลไม้ และดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว การประเมินผล ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ลูกเดินเข้าห้องน้ำได้ หลังให้คำแนะนำอาการท้องอืดทุเลา มีผายลม ยังไม่ถ่ายอุจจาระ ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ 3-4 ครั้ง/นาที
8. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	สอบถามสาเหตุความวิตกกังวลกับผู้ป่วยและญาติ กล่าวการมีบุตรไม่ได้อีก อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคคร่าว ๆ แจ้งผู้ป่วยสามารถตั้งครรภ์ได้อีก เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งให้กำลังใจ อธิบายและแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ที่บ้านในเรื่องต่างๆ ดังนี้ การทำความสะอาดแผลหน้าท้อง ให้ทำแผลวันละ 1 ครั้ง ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เมื่อมีอาการแน่นอึดอัดไม่สบายในท้อง ท้องอืด ให้ลูกเดินบ่อย ๆ อาการจะหายไปภายใน 2-3 วัน แต่ถ้าอาการยังอยู่เกิน 1 สัปดาห์ หรือมีอาการเพิ่มขึ้นต้องรีบมาพบแพทย์ การอาบน้ำ อาบได้ภายหลังการตัดไหมแล้ว เวลาอาบน้ำให้น้ำหรือดื่อกาบน้ำ ไม่ควรแช่ในแม่น้ำ ลำคลอง หรือในอ่างอาบน้ำ การรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดทุกครั้งด้วยน้ำสบู่และล้างน้ำ และล้างน้ำสะอาดและซับให้แห้ง หลังการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดแดงและเพิ่มภูมิต้านทานของร่างกาย ได้แก่ ตับสัตว์ ไข่แดง นม ผักสด ผลไม้ ดองอาหารจำพวกหมักดอง อาหารรสจัด บุหรี่ และสุรา การพักผ่อน ให้หยุดพัก 4 สัปดาห์หลังผ่าตัดทำงานเบา ๆ ไม่ยกของหนักหรือทำงานหนักเกินไป ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยดื่มน้ำมาก ๆ ปัสสาวะก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ ไม่กลั้นปัสสาวะ รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกรีบมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลอักเสบ มีเลือดซึม ประจำเดือนมามากเกินไป 1 สัปดาห์ มีไข้ ปัสสาวะลำบาก มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด ปวดท้องน้อย อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ แผลผ่าตัดบวมแดง มีไข้ การมาตรวจตามแพทย์นัด การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยและญาติบอกว่ามีความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่บ้านมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด ทำให้เสี่ยงต่อการชักผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการชักภายหลังคลอด โดยมีการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอด ด้วยการวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ให้ยากันชักตามแผนการรักษารวมทั้งให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา 10% MgSO₄ ผู้ดูแลจะต้องสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเกินขนาด ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจต่ำกว่า 12 ครั้ง/นาที ไม่พบ deep tendon reflex นอกจากนี้แล้วการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้สงบยังกระทำได้อย่างได้ปรับแผนการดูแลให้ผู้ป่วยแยกมุมห่างจากผู้ป่วยอื่น และอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงแผนการรักษา ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในเรื่องให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ได้กระทำในเบื้องต้นแล้ว แต่ผู้ป่วยเกิดอาการชักซ้ำทำให้ต้องวางแผนการพยาบาลใหม่ด้วยการ

ช่วยเหลือให้ออกซิเจน Mask with bag และให้ยากันชักตามแผนการรักษาจนผู้ป่วยปลอดภัย^{1,5}

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ทำให้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้สาเหตุที่สำคัญอาจเนื่องมาจากยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องไม่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนอันตรายจากความรุนแรงของโรคที่จะมีต่อตนเองและทารกในครรภ์ขณะเดียวกันบุคลากรผู้ให้การดูแลต้องค้นหาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยให้เร็วที่สุดมีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพรวมถึงวัสดุ อุปกรณ์ในการช่วยเหลือต้องเตรียมพร้อมอยู่เสมอ ผู้ให้การดูแลต้องมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นในกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องการปฏิบัติตัวความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์^{3,4}

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลผู้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิต อาการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การชัก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หรือเพื่อลดความรุนแรงของโรคให้มารดาปลอดภัย

2. พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้องและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบต่างๆ โดยเฉพาะมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมีความเสี่ยงเพิ่มเติมจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

ขณะตั้งครรภ์และได้รับยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิต ดังนั้นจึงควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉพาะเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาล

3. พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและบริหารจัดการด้านต่างๆ เพื่อให้

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด ต้องมีการประสานงานและร่วมกันวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี พยาบาล ห้องคลอด พยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. โฉมพิลาศ จงสมชัย. (2560). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก www.si.mahidol.ac.th/th/division/nursing/NDivision/N_APN/.../3_100_1.pdf.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุขอัตรามารดาตาย. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ.
3. ดวงสิทธิ์ วัฒนการ. (2560). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
4. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์ และสุชยา ลือวรรณ. (2563). ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in pregnancy). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
5. ปรียา แก้วพิมล. (2558). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ในเยาวเรศ สมทรัพย์ (บรรณาธิการ), การผดุงครรภ์เล่ม 1. หาดใหญ่ เบสท์เซลล์แอนด์ เซอร์วิส.
6. Ross, M. G. (2016). Eclampsia: Overview, Etiologic and Risk Factors for Preeclampsia/Eclampsia, Multiorgan System Effects. Medscape Reference Drugs, Diseases & Procedures. <http://emedicine.medscape.com/article/253960overview>.
7. โรงพยาบาลบ้านหมี่. (2562). ทะเบียนผู้ป่วยหลังคลอดปี 2564-2566. โรงพยาบาลบ้านหมี่.

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางขุน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

The Development of Long-Term Care System for Dependent Elderly in Bang Phun Subdistrict, Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province

(Received: September 22,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

สายน้ำผึ้ง ปิ่นทอง¹

Sainamphueng Pinthong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาว 2) ศึกษาสภาพปัญหาการจัดการบริการดูแลระยะยาว และ 3) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบางขุน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ 220 คน ผู้ดูแล 100 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 40 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางขุน จังหวัดปทุมธานี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และไม่แสดงอาการซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุบางส่วนที่อยู่ในกลุ่มติดบ้านและมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ สภาพปัญหาในการจัดการบริการดูแลระยะยาวคือข้อจำกัดด้านงบประมาณ การขาดแคลนบุคลากร และการเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวประกอบด้วย การสร้างเครือข่ายการดูแล การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง การสร้างนวัตกรรมและสนับสนุนอุปกรณ์ การจัดตั้งกองทุนชุมชน และการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางขุนเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสร้างนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ระบบการดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research aimed to 1) study the situation of long-term care needs, 2) examine the problems in long-term care service provision, and 3) develop a long-term care system for dependent elderly in Bang Phun Subdistrict, Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province. The study employed a mixed-method action research design. The sample consisted of 220 elderly individuals, 100 caregivers, and 40 stakeholders. Research instruments included questionnaires, quality of life assessment forms, and in-depth interview guides. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings revealed that the long-term care needs situation for dependent elderly in Bang Phun Subdistrict, Pathum Thani Province, showed that most elderly were socially active, had a moderate quality of life, and did not exhibit symptoms of depression. However, some elderly were homebound and at risk of depression, requiring special care. The main challenges in providing long-term care services were budget constraints, staff shortages, and limited access to medical equipment. The development of the long-term care system involved establishing care networks, enhancing staff capabilities, organizing continuous care systems, creating innovations and providing equipment support,

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

setting up community funds, and developing emergency service access systems. The long-term care system development for dependent elderly in Bang Phun Subdistrict emphasized integrating cooperation between sectors, developing staff potential, and creating innovations suitable for the community context. As a result, the elderly received comprehensive care and experienced an improved quality of life.

Keywords: Long-term care system, Dependent elderly, Community participation

บทนำ

ปัจจุบัน ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561 มีประชากรผู้สูงอายุ 990 ล้านคนจากประชากรโลกทั้งหมด 7,633 ล้านคน และคาดว่าในปี 2587 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ¹ สำหรับประเทศไทย ในปี 2564 ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10-20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2574 จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20²

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากสมรรถนะการทำงานของร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงในเชิงถดถอย ผู้สูงอายุหลายคนมีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลและรักษา เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท และโรคจอประสาทตา เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้³

แนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพและความต้องการบริการต่าง ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งด้านบริการทางการแพทย์ สาธารณสุข การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ การสร้างอาชีพและรายได้ รวมถึงการช่วยเหลือด้านการดูแลแก่ครอบครัว อย่างไรก็ตาม พบว่าครอบครัวไทยเริ่มมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ ขนาดครอบครัวที่เล็กลง และการย้ายถิ่นของคนวัยแรงงาน ส่งผลให้ความสามารถของครอบครัวและ

ชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงลดลง⁴

การศึกษาของศิริกัญญา ศิริหาภาคและคณะ⁵ พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และสุขภาพมากกว่าร้อยละ 70 และทำให้ผู้ดูแลเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ ต้องลาออกจากงานหรือหยุดการประกอบอาชีพเต็ม นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีปัญหาการดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว

ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) คือระบบการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม และไม่ใชทางการโดยครอบครัว อาสาสมัคร หรือเพื่อนบ้าน มุ่งเน้นการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้⁶

เป้าหมายหลักของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุคือ การให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขกับครอบครัวและชุมชน โดยได้รับการทั้งทางด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายย่อยได้แก่ 1) ผู้สูงอายุทุกคนต้องได้รับการคัดกรอง มีระบบส่งเสริมการฟื้นฟูและการดูแลตามความจำเป็น 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพเมื่อเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง และ 3) ชุมชนมีระบบการสนับสนุนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

จากการศึกษาข้อมูลพบว่า ในปี 2566 จังหวัดปทุมธานีมีประชากรผู้สูงอายุ 147,795 คน โดยอำเภอเมืองปทุมธานีมีผู้สูงอายุ 33,613 คน และตำบลบางพูนมีผู้สูงอายุ 4,325 คน คิดเป็นร้อยละ 16.55 ของประชากรทั้งหมด จากการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 98.13) รองลงมาคือกลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 0.98) และกลุ่มติดเตียง (ร้อยละ 0.80) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁷

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบปัญหาอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ ข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถของบุคลากรในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ และการขาดการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การบริการไม่เกิดความต่อเนื่อง การศึกษาของชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ⁸ พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมี 2 ระบบคือ 1) การดูแลโดยครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการทำกิจวัตรประจำวันจากครอบครัวและเครือญาติ และ 2) การดูแลโดยชุมชนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ของรัฐ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการจัดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงสนใจศึกษาและพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี เพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการจัดบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการพัฒนาบริการดูแลต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
3. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ประชากร ได้แก่ ประชากรคือประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 4,325 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 220 คน ซึ่งคำนวณโดยใช้สูตรของ Daniel⁹ กำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 5% และค่าความชุกของภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.12¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 207 คน และเพิ่มอีก 5% เป็น 220 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งเขตพื้นที่ตามหมู่บ้าน 6 หมู่ คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่ และสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในแต่ละหมู่ตามสัดส่วนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา) ข้อมูลเศรษฐกิจและสุขภาพ (อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว) และข้อมูลครอบครัวและการ

ดูแล (จำนวนสมาชิกในครอบครัว สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL จำนวน 10 ข้อ ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (คะแนน BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) กลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL 5-11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (คะแนน ADL 0-4 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI จำนวน 26 ข้อ (23 ข้อเชิงบวก, 3 ข้อเชิงลบ) ใช้มาตรวัด 5 ระดับ แบ่งองค์ประกอบเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หรือคะแนนรวม 26-60) คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หรือคะแนนรวม 61-95) และคุณภาพชีวิตดี (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หรือคะแนนรวม 96-130)

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบคัดกรอง 2Q จำนวน 2 คำถาม ใช้คัดกรองเบื้องต้น และ 2) แบบประเมิน 9Q จำนวน 9 คำถาม ให้คะแนน 0-3 ในแต่ละข้อ โดยคะแนนรวม 19 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงระดับรุนแรง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 10 ข้อ คล้ายกับชุดผู้สูงอายุ แต่เพิ่มข้อมูลความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI เช่นเดียวกับชุดผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom (1975) ได้แก่ ความรู้สูง (8-10 คะแนน) ความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน) และความรู้ต่ำ (0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ใช้มาตรวัด 5 ระดับ การแปลผลใช้เกณฑ์แบ่งอันตรายภาคขึ้นของ Best (1970) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

ผู้มีบทบาทเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบปลายเปิดกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 6 กลุ่ม ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำครัวเรือน และผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีประเด็นคำถามครอบคลุมเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา นโยบาย ระบบการจัดบริการ การบริหารจัดการ ความต้องการ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2. ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ตามแผนกิจกรรมที่วางไว้ ดังนี้

2.1 สำรวจปัญหา ความต้องการ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 220 คน

2.2 สำนวนปัญหา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำครัวเรือน จำนวน 100 คน

2.3 สัมภาษณ์เชิงลึก (Indebt interview) เกี่ยวกับปัญหา ความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 40 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 5 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถให้ข้อมูลได้จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำครัวเรือนจำนวน 10 คน และผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 5 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปลักษณะทั่วไปของข้อมูลและตัวแปรที่ศึกษา

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา มีขั้นตอนคือ ถอดเสียงสัมภาษณ์เป็นข้อความ อ่านทำความเข้าใจเนื้อหา ตีความตามกรอบการศึกษา จัดกลุ่มเนื้อหาเป็นประเด็นย่อย และพัฒนาเป็นประเด็นหลักเพื่อให้ได้ข้อสรุปเชิงลึกจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 72.35 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีระดับ

การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่อยู่บ้าน ไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,686.96 บาท ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน ส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรทอง ส่วนใหญ่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ผลการคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าส่วนใหญ่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับกลุ่มติดสังคมมากที่สุด รองลงมา มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับกลุ่มติดบ้าน

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตภาพรวม อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 72.7 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ปกติ และอยู่ในระดับเสี่ยง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 จากนั้นนำไปประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่าส่วนใหญ่มีผลการประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) อยู่ในระดับไม่มีอาการ คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาอยู่ในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 6.7

2. สภาพปัญหาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบางพูน โดยมีหน่วยงานและบุคลากรหลายฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาสภาพปัญหาการจัดบริการดังนี้

2.1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์จำเป็น เช่น เตียงนอน รถเข็น และสายยาง อย่างไรก็ตาม การเบิกจ่ายงบประมาณต้องเป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ

ภาครัฐ พ.ศ. 2560 ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน นอกจากนี้ การตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินอาจส่งผลให้เจ้าหน้าที่ขาดอิสระในการตัดสินใจ

2.2 พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีภาระงานหลากหลาย ทั้งการรักษาพยาบาลทั่วไป งานส่งเสริมสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจไม่ทั่วถึงหรือล่าช้า พยาบาลเสนอแนะให้มีการอบรมผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายการดูแล และสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ

2.3 นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ด้วยภาระงานมากและบุคลากรจำกัด ทำให้การดูแลอาจไม่ครอบคลุม

2.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยลงพื้นที่ดูแลผู้สูงอายุ แต่มีข้อจำกัดด้านทักษะเฉพาะทาง

2.5 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้บ้าง แต่ต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ราวเหล็กยึดเกาะ และการสนับสนุนด้านอาหารและเวชภัณฑ์จากหน่วยงานท้องถิ่น รวมทั้งต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้น

2.6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำครัวเรือน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือสะใภ้ ต้องรับผิดชอบดูแลอาหาร กิจกรรม และการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังต้องจัดการกับอารมณ์ของผู้สูงอายุที่อาจเครียดหรือหงุดหงิดบ่อยครั้ง แม้จะได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ แต่ยังประสบปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ

2.7 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้องแบ่งโซนดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ทั้งติดบ้าน ติดสังคม และติดเตียง โดยประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แม้จะมีความร่วมมือที่ดี แต่

จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพออาจทำให้เกิดความล่าช้าในการช่วยเหลือ

โดยสรุป การศึกษาสภาพปัญหาการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางขุน อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่ามีปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ด้านระบบและการบริหารจัดการที่มีความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณและข้อจำกัดในการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ ด้านบุคลากรที่มีภาระงานมากเกินไปและขาดทักษะเฉพาะทาง ด้านการให้บริการที่ไม่ทั่วถึงและขาดแคลนอุปกรณ์จำเป็น ปัญหาของผู้ดูแลในครัวเรือนที่มีภาระหนักและขาดการสนับสนุน รวมถึงปัญหาการประสานงานและการจัดการที่ซับซ้อน ทั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเบื้องต้นในการแก้ไขปัญหา เช่น การปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายงบประมาณ การเพิ่มอัตรากำลังบุคลากร การจัดอบรมเพิ่มทักษะ การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และการพัฒนาระบบการประสานงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

3. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางขุน อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบางขุน อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี เป็นการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีลักษณะสำคัญดังนี้

1. การสร้างเครือข่ายการดูแล มีการจัดตั้งเครือข่ายที่ประกอบด้วยหลายภาคส่วน ได้แก่ ชมรมจิตอาสา ทีมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อร่วมกันดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดให้มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรของกรมอนามัย และมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม

3. การจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง กำหนดให้มีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทุกเดือน และจัดทีมเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

4. การสร้างนวัตกรรมและสนับสนุนอุปกรณ์ มีการจัดทำนวัตกรรมและอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น ราวไม้ไผ่หัดเดิน เชือกชักกรอก และถาดมะกรูดนวดเท้า

5. การจัดตั้งกองทุนชุมชน เพื่อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เตียงผู้ป่วย รถเข็น และถังออกซิเจน ให้ผู้ป่วยยืมใช้ในชุมชน

6. การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน จัดทำป้ายหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินและแจ้งช่องทางการสื่อสารผ่านระบบโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์

7. การบูรณาการความร่วมมือ จัดทำแผนงานโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาล

8. การแก้ไขปัญหาและอุปสรรค มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น การปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายงบประมาณ การลดภาระงานเอกสารของเจ้าหน้าที่ และการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแล

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางพูน อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี มีความซับซ้อนและท้าทาย โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาปัจจัยทางเศรษฐกิจและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 72.35 ปี และมีรายได้เฉลี่ยเพียง 2,686.96 บาทต่อเดือน สะท้อนถึงความเปราะบางทางเศรษฐกิจที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและการดูแลที่เหมาะสม

แม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม แต่มีถึงร้อยละ 20 ที่อยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม

อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อมมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพกายและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของชัยยา ปานันท์ และบุญมา สุนทราวิรัตน์¹¹ กล่าวถึงความสำคัญของการสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ อุปกรณ์การแพทย์ และการพัฒนาบุคลากร

ปัญหาหลักในการจัดบริการดูแลระยะยาวคือ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและระเบียบการเบิกจ่ายที่ซับซ้อน ส่งผลให้การจัดหาอุปกรณ์และบริการที่จำเป็นเกิดความล่าช้า นอกจากนี้ การเข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นและการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุยังเป็นความต้องการที่ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของเด่นนภา ทองอินทร์¹² ที่เน้นถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นอกจากนี้ภาระงานที่มากของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และข้อจำกัดด้านทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุอาจไม่ทั่วถึงและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งลวลย์ รัตนพันธ์¹³ ที่พบว่าก่อนการพัฒนาระบบ การดูแลยังขาดแนวทางที่ชัดเจนและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชน สถานการณ์ในตำบลบางพูนสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างบูรณาการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศศินันท์ สายแวว¹⁴ ที่เน้นย้ำว่าการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาควิชาการ ท้องถิ่น และชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบางพูน มุ่งเน้น

การสร้างเครือข่ายการดูแลที่ครอบคลุมและยั่งยืน โดยมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ งานวิจัยจากหลายชิ้นพบว่า การดูแลที่มีหลายภาคส่วนร่วมกัน โดยเฉพาะการใช้จิตอาสาและเครือข่ายชุมชน เช่นในญี่ปุ่นที่ประสบความสำเร็จในการลดความเสี่ยงต่อการต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมชุมชนอย่าง ikoino saron ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ¹⁵ นอกจากนี้ การวิจัยในเยอรมนียังแสดงให้เห็นว่า ระบบการดูแลที่บูรณาการการประเมินผู้สูงอายุและการจัดการเคสให้ผลดีในการลดอัตราการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ¹⁶ ทั้งนี้ โครงการในชุมชนจำเป็นต้องออกแบบให้สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของแต่ละพื้นที่ งานวิจัยของปะราลี โอภาสนันท์ และคณะ¹⁷ มุ่งเน้นการพัฒนาทีมผู้ดูแลจิตอาสาในชุมชน ในขณะที่งานของศศินันท์ สายแวว¹⁴ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในตำบลนาเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี โดยเน้นความร่วมมือระหว่างภาควิชาการและภาคท้องถิ่น อย่างไรก็ตามพบว่าภาคประชาชนยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในทางตรงกันข้าม ระบบในตำบลบางพูนแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มากกว่า ซึ่งส่งผลให้การจัดการดูแลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรของกรมอนามัย และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แสดงให้เห็นถึงความตระหนักในความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) ในระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์¹³ ที่เน้นการพัฒนากระบวนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ โดยผลการพัฒนาแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลและชุมชนมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลมากขึ้น เช่นเดียวกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในตำบลบางพูน

เห็นว่าผู้ดูแลและชุมชนมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลมากขึ้น เช่นเดียวกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในตำบลบางพูน

การจัดระบบการดูแลต่อเนื่องและการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทุกเดือน สะท้อนให้เห็นถึงการนำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่อง (Continuity of Care) มาใช้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยยา ปานันท์ และบุญมา สุนทรวีรัตน์¹¹ ที่ศึกษามุมมองของผู้ให้บริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์และการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้การดูแลครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในตำบลบางพูนเช่นกัน

การสร้างนวัตกรรมและสนับสนุนอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น ราวไม้ไผ่หัดเดิน เขือกชักรอก และถาดมะกรูดนวดเท้า แสดงให้เห็นถึงความคิดสร้างสรรค์และการปรับใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) ในการแก้ปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล¹⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวในตำบลหนองสิม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีการสร้างชุดอุปกรณ์เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มการยอมรับในชุมชน

การจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการสร้างความยั่งยืนทางการเงิน (Financial Sustainability) ในระบบการดูแล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพระยะยาว การพัฒนาระบบนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เติ่นนภา ทองอินทร์¹² ที่ศึกษาการจัดตั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดหนองบัวลำภู ที่เน้นการใช้ทรัพยากรชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการฉุกเฉินและการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ แสดงให้เห็นถึงการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนาระบบสุขภาพในยุคดิจิทัล อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบนี้ยังมีความท้าทายที่ต้องพิจารณา เช่น ความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร การรักษาคุณภาพของการดูแลในระยะยาว และการจัดการกับปัญหาการเบิกจ่ายงบประมาณที่ล่าช้า ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาและพัฒนาแนวทางแก้ไขเพิ่มเติมในอนาคต

โดยสรุป การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบางพูนนี้แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการสร้างระบบที่ครอบคลุม มีส่วนร่วม และยั่งยืน โดยการผสมผสานแนวคิดและเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งอาจเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. พัฒนาระบบการเบิกจ่ายงบประมาณให้มี

ความคล่องตัวมากขึ้น เพื่อลดความล่าช้าในการจัดหาอุปกรณ์และบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. เพิ่มอัตรากำลังและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและพัฒนาวัดกรรมที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่างๆ เพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice)

2. ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

3. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และแนวทางการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2561.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
3. วิชาญ ชูรัตน์, คณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารประชากร. 2555;3(2):87-109.
4. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. การสังเคราะห์ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2553.
5. ศิราณี ศรีหาภาค, คณะ. สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2561;11(1):577-590.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

8. ขวลิศ สวัสดิ์ผล, คณะ. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2560;5(พิเศษ):387-405.
9. Daniel WW. Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health. [ไม่ระบุสถานที่พิมพ์]; 2010.
10. อนันต์ คำอ่อน. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่นำร่อง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดขอนแก่น. [ไม่ระบุสถานที่พิมพ์]: [ไม่ระบุสำนักพิมพ์]; 2565.
11. ชัยยา ปานันท์, บุญมา สุนทรวีรัตน์. ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: มุมมองผู้ให้บริการ. วารสารวิชาการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. 2564;30(ฉบับเพิ่มเติม):87-101.
12. เน้นนา ทงอินทร์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนากม อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563.
13. รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;15(37):250-261.
14. ศศิพันธ์ สายแวว. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
15. Saito J, Haseda M, Amemiya A, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Community-based care for healthy ageing: Lessons from Japan. Bull World Health Organ [Internet]. 2019 [cited (ไม่ระบุวันที่)];97(8):532–538. Available from: <https://doi.org/10.2471/BLT.18.223057>
16. Hasemann L, Lampe D, Nebling T, Thiem U, von Renteln-Kruse W, Greiner W. Effectiveness of a multi-component community-based care approach for older people at risk of care dependency - results of a prospective quasi-experimental study. BMC Geriatr [Internet]. 2022 [cited (ไม่ระบุวันที่)];22:Article 2923. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02923-w>
17. ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์, อรสา กงตาล. การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;40(3):48-65.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

Nursing care of a patient peptic ulcer perforated with sepsis: A case study

(Received: September 26,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

สุนิสา บุตรเอก¹

SUNISA BOOT-EK¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุ ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 มาด้วยอาการปวดท้องได้ลั้นปี ท้องอืด นอนราบไม่ได้ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติโรคประจำตัว เก๊าต์ ไตวายเรื้อรัง ตับ มีประวัติรับประทานยาแก้ปวด Diclofenac

ผลการศึกษา ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ ruptured hollow viscus organ แพทย์วินิจฉัย Peptic ulcer perforation with Sepsis ได้รับการผ่าตัด Explore laparotomy with Simple suture with Omental Graft ระยะก่อนผ่าตัด มีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำและเกลือแร่ร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ให้การพยาบาลให้ออกซิเจน ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ใหยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาติดตามสัญญาณชีพใกล้ชิด ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ ปวดแผลผ่าตัดมาก ได้ให้การพยาบาล ติดตามสัญญาณชีพ บรรเทาอาการปวดแผล Morphine 3 mg iv stat pm ทุก 4 ชั่วโมง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สามารถถอดท่อหายใจได้ หลังผ่าตัด 4 วัน เริ่มรับประทานอาหารได้ อาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 11 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคกระเพาะอาหารทะลุ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of a patient peptic ulcer perforated with sepsis. A 48-year-old Thai male patient was admitted to the hospital on February 15, 2023, with symptoms of epigastric pain, abdominal distension, and an inability to lie flat for 1 day before admission. The patient had a history of gout, chronic kidney disease, and liver disease, and had been taking the analgesic Diclofenac.

Results: A computed tomography scan revealed a ruptured hollow viscus organ. The patient was diagnosed with peptic ulcer perforation complicated by sepsis. Surgery was performed, consisting of exploratory laparotomy with a simple suture and omental graft. Preoperatively, the patient experienced hypoxemia and shock due to dehydration and electrolyte imbalance, in addition to sepsis. Nursing care included administering oxygen, providing adequate fluid resuscitation, administering antibiotics as per the treatment plan, and closely monitoring vital signs. Postoperatively, the patient was at risk of recurrent shock, tissue hypoxia during weaning from mechanical ventilation, and severe pain at the surgical site. Nursing interventions included monitoring vital signs and alleviating pain with Morphine 3 mg IV stat PRN every 4 hours. The patient was successfully weaned from mechanical ventilation 48 hours after surgery and began oral intake on the 4th postoperative day. The patient's condition improved progressively, and he was discharged home on February 26, 2023, with a total hospital stay of 11 days.

Keywords: Nursing care, perforated peptic ulcer, sepsis

บทนำ

แผลกระเพาะอาหารทะลุ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากโรคกระเพาะอาหาร

เป็นแผล ซึ่งพบมากในปัจจุบัน โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาต้านการอักเสบ

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

ในกลุ่มเอ็นเสดเป็นเวลานาน เช่น แอสไพริน ไอบูโพรเฟน ส่งผลให้เกิดแผลบริเวณกระเพาะอาหาร เมื่อภาวะของโรคดำเนินเป็นแผลลึกมีการทะลุของกระเพาะอาหาร¹ จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศเยอรมัน พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นแผลกระเพาะอาหารทะลุประมาณ 100 - 150 รายต่อแสนประชากรต่อปี พบทั้งเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันโดยพบในเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 14 และ 11 ตามลำดับ² สำหรับสถิติในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2564 - 2566 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราการเกิดแผลกระเพาะอาหารทะลุ 709.4 748 และ 817.09 ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ³ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากสถิติของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุที่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ในปีพ.ศ. 2564 - 2566 พบจำนวนผู้ป่วย 184 ราย 195 ราย และ 198 ราย ตามลำดับ⁴ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องโดยการผ่าตัดเพื่อเย็บรูรั่วบริเวณแผล ซึ่งเป็นการผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำ⁵ ผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยในระยะก่อนผ่าตัดต้องมีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย เช่น การให้สารน้ำทดแทนเพื่อควบคุมปริมาตรน้ำในหลอดเลือด การควบคุมการติดเชื้อในช่องท้อง และการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว และสูงอายุการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลงจากการเสื่อมสภาพ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย จึงต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งทีมผ่าตัด ทีมวิสัญญีเพื่อวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตที่อาจถึงแก่ชีวิตได้จากหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อทางบาดแผล และความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

ดังนั้นพยาบาลจึงเห็นความสำคัญของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุ โดยมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแล และคนในครอบครัว ตลอดจนพยาบาลต้องคำนึงถึงแนวทางการพยาบาล เนื่องจากมีความซับซ้อนของโรค และจากลักษณะจำเพาะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูต้องใช้เวลานานมากกว่าคนปกติจึงต้องได้รับการดูแลและมีการเตรียมความพร้อมอย่างครอบคลุมในทุกมิติเพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุม เป็นองค์รวม และเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลในการป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขกับครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
4. วางแผนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล
5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรส มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ท้องอืด นอนราบไม่ได้ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติโรคประจำตัว เกาต์ ไตวาย

เรื้อรัง ตับ มีประวัติรับประทานยาแก้ปวด Diclofenac เป็นประจำเพื่อบรรเทาอาการปวดตามร่างกายและรักษาเกาต์ จากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมักจะไปรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่เป็นประจำนับตั้งแต่ทราบว่าป่วยเป็นโรคเกาต์ตั้งแต่ปี 2558 หลังจากนั้นตรวจพบภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรัง ตับ 4 ปีต่อมา ผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำประมาณครึ่งขวดทุกวัน ปัจจุบันหยุดดื่มสุราหลังจากทราบว่าเป็นโรคตับ รับประทานอาหารได้ทุกชนิด เน้นการรับประทานของจืด แต่ผู้ป่วยไม่ค่อยปฏิบัติยังคงติดรสชาติอาหารเค็ม เมื่อครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566

ตรวจเอกซเรย์ช่องท้อง No Free Air

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง

พบ Air and Fluid at Upper Anterior Abdomen and Perihepatic Region, Indicating ruptured hollow viscus organ, Rt pleural effusion

การวินิจฉัยครั้งแรก R/O Ruptured Hollow Viscus organ

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Peptic ulcer perforation with Sepsis

สรุปอาการ

แรกเริ่มที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม รู้สึกตัว บ่นหายใจไม่อิ่ม ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/64 มิลลิเมตรปรอท ประเมิน SOS score = 6 ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออก 20 ml ใน 1 ชั่วโมงให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM ผู้ป่วยมีภาวะซีด (Hct 24.5%) ให้เลือดชนิด PRC 1 ยูนิต หลังเลือดหมดเจาะ Hct ได้ 30% ให้ยาลดการหลั่งกรด Omeprazole 40 mg v OD ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml iv 100 ml/hr 8 ชั่วโมง Lasix 20 mg stat ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml (1: 62.5) v drip 5 ml/hr ให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm v drip ทุก 6 ชั่วโมง ให้เตรียมผ่าตัด Explore Laparotomy emergency

ระหว่างรอผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น อัตราการหายใจ 34 ครั้ง/นาที ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 92/61 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 92% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งผ่าตัดด่วน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explore laparotomy with Simple suture with Omental Graft ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ผู้ป่วย on ET-tube no.8 ลึก 21 cms ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ on Bird's Respirometer RR 18/min หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท ประเมิน SOS score = 6 แผลผ่าตัดหน้าท้องแนว midline แผลยาว 18 เซนติเมตร มีเลือดซึมด้านล่างของแผลเล็กน้อย เจาะ Hct ได้ 28% ให้เลือดชนิด PRC 1 unit ขณะให้เลือดไม่พบอาการผิดปกติ วางแผนการพยาบาลในการป้องกันภาวะสุดสักร้าให้การดูแลระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ การประเมินเลือดที่ออกทางบาดแผล ประเมินภาวะพร่องสารน้ำ สัญญาณชีพเข้าสู่ระดับปกติและคงที่ (ความดันโลหิต 100/62 - 110/94 มิลลิเมตร) ไม่พบภาวะไตวายเฉียบพลันจากพร่องสารน้ำ จึงหยุดการให้ Levophed ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลมาก pain score 7 - 8 คะแนน บำบัดความเจ็บปวดโดยการจี้ทำ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Morphine 4 mg iv อาการปวดทุเลาลง

48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ย้ายผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ยังมีไข้ (อุณหภูมิ 37.5 - 38.1 องศาเซลเซียส) หายใจไม่เหนื่อยหอบ วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจปฏิบัติตาม Protocol Weaning สามารถถอดท่อหายใจได้ On O₂ Canular 5 LPM ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97 - 99% แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบภาวะซีด Hct 34% ผลเพาะเชื้อในเลือดพบเชื้อ Gram

Positive Cocci ให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง 10 วัน หลัง
ผ่าตัด 4 วัน ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ เริ่มจิบ
น้ำ รับประทานอาหารเหลวได้ตามลำดับ หลัง
รับประทานอาหารท้องไม่อืดตึง แผลผ่าตัดไม่พบการ
ติดเชื้อ แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน ได้รับ
คำแนะนำการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ วางแผน
จำหน่ายและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 26

กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
11 วัน จากการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยสภาพ
ร่างกายแข็งแรง แผลผ่าตัดหลังตัดไหมแห้งดี ขับถ่าย
ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการ พยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด 1. มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากอยู่ในภาวะ ช็อกและปอดขยายตัวไม่เต็มที่จากมีน้ำในช่องเยื่อ หุ้มปอด	ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพอาการ และอาการแสดงทุก 1 ชั่วโมง แล้วปรับเป็น ทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่โดย Monitor NIBP ติดตามชีพจร อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินภาวะ Cyanosis และ Air hunger ไม่ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องภาวะ cyanosis เช่นปลายมือปลายเท้า ชีต เย็น หายใจเหนื่อยหอบ ปีกจมูกบาน กระสับกระส่าย ซึมลง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะทุกครั้งเมื่อมีเสมหะ หรือเมื่อพบว่ามีความเสี่ยงเสมหะในปอด ในลำคอ หากพบ ดูแลเคาะปอด Suction จัดทำ นอนให้ศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อน เพิ่มพื้นที่การขยายของปอด ทำให้ได้รับ ออกซิเจนมากขึ้น และดูแลพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว และง่ายต่อการขับออกมา ดูแลเครื่องช่วย หายใจ On ETT NO. 8 Mark 21 RR 16 ให้การพยาบาลระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ และการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของท่อช่วยหายใจ ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ และยึดท่อช่วยหายใจ ให้อยู่กับที่โดยการติดพลาสเตอร์ และใช้เชือกยึดท่อช่วยหายใจป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดดูแลและจัดสายต่อ เครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ดึงรั้ง ประเมินเยื่อในช่องปากว่าแห้งมีรอย แดงหรือมีบาดแผลหรือไม่ เวนละ 1 ครั้ง และทำความสะอาดช่องปากและฟันทุก 8 ชั่วโมง ทาครีมฟีนอกซ์ผู้ป่วยด้วยวาสลีนเพื่อป้องกันไม่ให้ริมฝีปากแห้ง วัดความดันของ กระเปาะลมของท่อช่วยหายใจไม่ให้เกิน 20 - 30 เซนติเมตรน้ำเพื่อป้องกันการกด ทับหลอดลม จัดบันทึกและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ตรงกับ เครื่องช่วยหายใจที่ตั้งไว้ทุกเวร ส่งและติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพื่อตรวจสอบ ตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ดูแลเตรียมอุปกรณ์ ช่วยเหลือให้พร้อม ในภาวะที่มี ภาวะการหายใจล้มเหลว การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว อุณหภูมิ 36.8 - 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 - 110/84 มิลลิเมตรปรอท และสามารถ ถอดท่อหายใจ ได้หลังจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 วัน ความอิ่มตัวออกซิเจนปลาย นิ้ว 99 - 100%
2. มีภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำและเกลือแร่ ร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือด	เพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดดำ โดยดูแลให้ 0.9 % NaCl 1000 ml v Load Free Flow 1000 ml then 120 ml/hr ควบคุมจำนวนหยดให้ผู้ป่วยได้รับตาม แผนการรักษา แก้ไขภาวะความผิดปกติของโพตัสเซียมต่ำ โดยผสม KCL 40 mEq ใน 0.9 % NaCl 1000 ml v drip 120 ml/hr ให้จำนวน 1 ขวด เพิ่มการบีบตัวของ หัวใจโดยการให้ Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml (1: 62.5) v drip 5 ml/hr Keep systolic pressure มากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาทีเพื่อประเมินการไหลเวียนและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สังเกตระดับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ความรู้สึก อากาศกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นขึ้น เหงื่อออก พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นขึ้น เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว บ่นทีกจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับ และบ่นทีกจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง และประเมินความสมดุลในรอบ 24 ชั่วโมง ลดการติดเชื้อ โดยให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm v drip ทุก 6 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 10 วัน การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่ายหรือสับสน ปัสสาวะออก 40 ml ใน 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท Capillary refill $\leq$ 2 วินาที
3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด	สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วน และสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อกจากภาวะอาหารทะเลเพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ เตรียมบริเวณผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือด ให้สารน้ำ และเลือด การดอาหารและน้ำ ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังจากออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ การประเมินผล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สิ้นหน้าผ่อนคลาย เมื่อสอบถามผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง
ระยะหลังผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียน้ำและเลือดหลังการผ่าตัด	ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 1 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ เพื่อประเมินอาการและภาวะช็อกหลังผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด สูญเสียเลือด 200 มิลลิลิตร ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml v drip 100 ml/hr และ PRC 1 unit เพื่อทดแทนสมดุลของสารน้ำและเลือดในร่างกาย สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด สังเกตอาการ เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ท้องอืด แผลหน้าท้องมีเลือดซึม เจาะเลือดตรวจ Hct ภายหลังเลือดหมด เพื่อประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที ดูแลให้ยา Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml(1: 62.5) v drip 5 ml/hr Keep systolic pressure มากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอทตามแผนการรักษา การประเมินผล 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด Hct ภายหลังเลือดหมด 32% ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 - 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/58 - 120/64 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 40 - 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 72 - 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/58 - 120/74 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 50 - 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
5. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ	เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมโดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจขั้นตอนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจ ประเมินประสิทธิภาพของปอด ประเมินการไอ และวัด Tidal Volume ทุก 5 - 10 นาที จนกระทั่งคงที่ ต่อมาประเมิน ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพก่อนและขณะหยาเครื่องทุก 5 - 10 นาที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยทนต่อการหายใจได้หรือไม่ โดยให้ O₂ T - piece 10 LPM 15 นาที ทุกๆ 2 ชั่วโมง และเพิ่มเวลาในการหายใจเครื่องขึ้นเรื่อยๆตามแผนการรักษาของแพทย์ Monitor O₂ saturation ระหว่างการฝึกหายใจ แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าจะทำการถอดท่อช่วยหายใจ ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากออกให้หมด และดำเนินการถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจแล้ว On O₂ Mask with Bag 10 lit/min ประเมินลักษณะการหายใจ Monitor O₂ Saturation อัตราการเต้นของหัวใจภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ ติดตามและบันทึกอาการหลังถอดท่อช่วยหายใจ เตรียมอุปกรณ์พร้อมใส่ใหม่เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ และมีอาการของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน การประเมินผล ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 99 - 100 %
6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	ดูแลจัดท่า Fowler's position ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการตึงตัวของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น สอบถามถึงความเจ็บปวด บริเวณที่ปวด ระยะเวลาของความเจ็บปวดเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บตึงแผล เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุยเพื่อให้ง่วงนอน สนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง แนะนำให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะเคลื่อนไหวและมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างช้าๆ เวลาเปลี่ยนท่าหรือไอ เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 3 mg v stat pm ทุก 4 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนกดการหายใจ ง่วงนอน เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งกระตุ้นและสิ่งรบกวน จำกัดเวลาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยหลับ การประเมินผล ผู้ป่วยทุเลาปวดแผล ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ หลังได้รับยาแก้ปวดมี Early Ambulation มากขึ้น ลูกนั่งข้างเตียงและเดินไปเข้าห้องน้ำได้ Pain score 3 - 4 คะแนน
7. เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัดและมีภาวะโรคตับร่วม	ประเมินตุ่มลักษณะบาดแผล ได้แก่ รอยบวมแดง แผลแยก มีลักษณะ Discharge สีผิดปกติ และมีหนอง เพื่อประเมินการติดเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อทำแผลผ่าตัดแบบ Dry Dressing โดยใช้สำลีชุบ NSS เช็ดบริเวณริมแผล suture โดยเช็ดวนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล ถ้ามีเลือดเปื้อนระหว่างรอยเย็บแผลเช็ดออกจนสะอาดแล้วจึงปิดแผล สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Tazocin 4.5 gm v drip ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม ปาก เล็บ ฟัน และผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การประเมินผล ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่มี Discharge ชิม แผลไม่บวมแดง ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง แผลไม่เปียกน้ำ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.1 องศาเซลเซียส

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
8. มีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่	สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดจัด ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การดื่มสุรา การซื้อยามารับประทานเอง ที่มีผลระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคพบว่ามีความรู้ที่น้อย แนะนำให้พักผ่อนเพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ ลดภาวะเครียด และความวิตกกังวลต่าง ๆ ให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเผ็ดเปรี้ยว รับประทานอาหารให้เป็นเวลาวันละประมาณ 3 - 4 มื้อต่อวัน ไม่ควรรับประทานอาหารครั้งละมาก ๆ และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ทำให้เกิดการระคายเคือง และอักเสบ ของเยื่อทางเดินอาหาร เช่น ยาชุดแก้ปวดกล้ามเนื้อ แนะนำให้งดการดื่มแอลกอฮอล์และกาแฟ ซึ่งจะทำให้อาการของแผลในกระเพาะอาหารเป็น มากขึ้น แนะนำให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของแผลในกระเพาะอาหาร เช่น อาการปวดใต้ลิ้นปี่ จุกเสียด แน่น ท้องอืด แนะนำให้ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของแผลในกระเพาะอาหาร ได้แก่ เลือดออก ทะลุ อุจจาระ ดิบแข็ง ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ปวดแน่นท้อง รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียนมาก หรือมีไข้ควรรีบมาพบแพทย์ หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง หากมีปัญหาทางสุขภาพควรปรึกษาแพทย์ ประเมินความเข้าใจโดยถามซ้ำอีกครั้ง การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคแผลในกระเพาะอาหาร เมื่อสอบถามผู้ป่วยและญาติตอบได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแผลกระเพาะอาหารทะลุในระยะก่อนผ่าตัด เป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อเกิดแผลทะลุจะมีกรด น้ำย่อย และเศษอาหารรั่วออกมาทำให้ช่องท้องอักเสบซึ่งในระยะแรกการอักเสบเป็นแบบ Chemical Peritonitis แต่หลายชั่วโมงต่อมา จะเปลี่ยนเป็น Bacterial Peritonitis การอักเสบจะทำให้ผู้ป่วยเสียน้ำในช่องท้อง มีการปนเปื้อนในช่องท้องมาก ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ศึกษาจึงได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดคือแก้ไขภาวะพร่องสารน้ำโดยการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว ให้เพียงพอก่อนผ่าตัด ควบคู่กับประเมินภาวะไตวายเฉียบพลันประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างใกล้ชิด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อ

เข้ารับการผ่าตัดเร่งด่วนการเตรียมความพร้อมของทีมในการดูแลตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง หลังผ่าตัด¹

ภายหลังผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว สิ่งที่สำคัญคือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ท้องอืด ในระยะวางแผนจำหน่าย ผู้ศึกษาเตรียมความพร้อมในการดูแลบาดแผลต่อเนื่อง การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้ชักนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียของการรับประทานยาแก้ปวด เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยกระเพาะอาหารทะลุ จากการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาได้ผลดีเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้²

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ ที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดแผล

กระเพาะอาหารทะลุโดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาสาเหตุราก (Root Cause) และแก้ไขปัญหาดังตรงประเด็น

2. ควรให้ความสำคัญในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกระเพาะอาหารทะลุ โดยกลวิธีต่าง ๆ ซึ่งต้องเน้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยาแก้ปวด ลดการซื้อยาแก้ปวด

ที่เป็นยาชุด ยาลูกกลอน ที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์มารับประทานเอง

3. ควรมีระบบการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุก่อนการส่งต่อ และภายหลังการจำหน่ายระหว่างโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งสถานีอนามัยซึ่งอยู่นอกเขตความรับผิดชอบ ให้มีการประเมินและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายได้

เอกสารอ้างอิง

1. อมรรณน ชาติรานนท์. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. https://srth.go.th/research/file/20240403161134-25_
2. Chung, K, T. & Shelat, v. g. (2017). Perforated peptic ulcer- an update. World Journal of Gastrointestinal Surgery, 1 (9), 1-12.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติโรค. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
4. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลบ้านหมี่ หน่วยงานศัลยกรรม. (2566). รายงานประจำปี 2566. โรงพยาบาลบ้านหมี่.
5. สุนทรี เรื่องสวัสดิ์. (2566). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะทะลุร่วมกับภาวะช็อกที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. บทความวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล.

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

The application of caregiver's empowerment program on psychological well-being and quality of life among family caregivers in end- stage cancer patients

(Received: September 23,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

พรสุวรรณ จารุพันธ์¹ สิริินทรา ฟุตระกุล¹ ปันณทัต บณขุนทด¹ ชุมศรี ตันเกตุ²

Pornsuan Jaruphan¹ Sirintra Futrakul¹ Punnathut Bonkhunthod¹ Choomsri Tonkhet²

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำ 3 ระยะคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนจำนวน 50 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำและแบบหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน และผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล, โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความผาสุกทางใจ, คุณภาพชีวิต

ABSTRACT

This research aimed to study the effects of applying an empowerment program on the mental well-being and quality of life of caregivers of terminally ill cancer patients diagnosed with terminal cancer and receiving palliative care. This research was designed as a two groups repeated measure action research and aimed to examine the effects of empowerment program on power perception and caregiving practice among family caregivers of older persons with dementia. Simple of 50 cases were diagnosed by doctors as having late-stage cancer, received palliative treatment. Data analysis compared the mean scores between the experimental and control groups using two - way analysis of variance with repeated measures and one between-subjects variable and one within-subjects variable.

The research results can be summarized as follows: Caregivers of end-stage cancer patients in the experimental group had an average score of their perception of empowerment. The experiment was completed immediately. and 1 month after the experiment was completed, it was higher than that of caregivers of late-stage cancer patients in the control group. and higher than before the experiment with statistical significance at the .05 level and patient caregivers

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ Corresponding author: Sirintra Futrakul; Email: Sirintra.f@nrru.ac.th

Late-stage cancer in the canal group had an average score of perception of empowerment immediately after the experiment was completed. Not different from 1 month after the experiment was completed 0.05. And caregivers of end-stage cancer patients in the experimental group had average scores on their practice of caring for patients. Late stage cancer in the control group and was significantly higher than before the experiment at the 0.05 level, and caregivers of late-stage cancer patients in the experimental group had an average score of care performance after the experiment. Immediate completion was no different from 1 month after the experiment was completed.

Keyword: Family caregiver, Empowerment program, Psychological well-being, Quality of life

บทนำ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะแพร่กระจายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง¹ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิตด้วยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่² ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่มักมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เมื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันดีขึ้นผู้ป่วยต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้านโดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ดังนั้นจำนวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงมีจำนวนมากขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแล และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปอีก 50 ปีข้างหน้า³

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ต้องรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความแตกต่างจากบุคคลอื่นเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง พยาธิสภาพของโรคมะเร็งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ควบคุมได้ยาก มีโอกาสเกิดซ้ำ² อีกทั้งในกรณีที่ภาวะของโรคไม่สามารถควบคุมได้ด้วยการผ่าตัดจำเป็นต้องรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษาหรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ผู้ป่วยจะประสบกับอาการข้างเคียงต่างๆของการรักษาร่วมด้วยก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมานของ

ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้น้อยลง มีความต้องการการดูแลมากขึ้น นำไปสู่กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องทำเพื่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น⁴

ภาระและบทบาทที่หลากหลายที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเนื่องจากเป็นภาระงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องดำรงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน จากการศึกษาของ Schulz & Beach⁵ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจมากกว่าบุคคลทั่วไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ Braun, Mikulincer, Rydall, Walsh, & Rodin⁶ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้า และรับรู้ถึงภาวะความเครียดเพิ่มขึ้นตามอาการที่มากขึ้นของผู้ป่วย และมีปัญหาด้านการทำงาน การถูกเลิกจ้าง และค่าใช้จ่ายในการรักษาญาติผู้ดูแล การรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นอาจความรู้สึกว่าบทบาทดังกล่าวเป็นภาระ ต้องเผชิญกับภาวะอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ในการดูแลผู้ป่วยจนอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลนั้นเป็นเสมือนผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น⁷ ต้องเผชิญกับภาวะเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคม ต้องกระทำหลายบทบาทพร้อมกันหรือไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ได้ตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ซึ่งภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยตรง⁸

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดในการเสริมสร้างพลังมาใช้ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁹ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามความเหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีคุณค่าและมีประสิทธิภาพ นำกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ไปใช้กับญาติที่ได้รับมอบอำนาจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยขั้นตอนดังกล่าวช่วยให้ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มองเห็นคุณค่าของตนเอง และเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเองและเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อเพิ่มความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากร (Population) คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง การคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จำนวน 50 ราย แล้วใช้วิธีการสุ่ม อย่างง่าย (Simple Random Sampling) เข้ากลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย

คุณสมบัติของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ญาติมีความสามารถในการรับรู้ สื่อสาร ได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน มีความสามารถในการรับรู้และสื่อความหมายเข้าใจ
3. มีความสมัครใจและยินยอมให้เข้าร่วมมือในการทำวิจัย
4. มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹⁰ ประกอบด้วย 1) แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ศรีรัตน์ คัมสิน¹¹ ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับเป้าหมายวัตถุประสงค์ กิจกรรมการดำเนินงานตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเหตุผลอ้างอิงตามทฤษฎีสถานที่ดำเนินการ ระยะเวลา สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบ และการประเมินผล 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากตำราเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายละเอียดของเนื้อหาได้แก่ ความหมายของมะเร็งระยะท้าย ความรุนแรง อาการและอาการแสดง การรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วย

มะเร็งระยะสุดท้าย และแนวทางการจัดการอาการ
ผิดปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยเป็นชุดของคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ
ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส
การศึกษารายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของ
รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงใน
การดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับ
ผู้ป่วย การมีผู้ช่วยดูแลโรคประจำตัวประสบการณ์การ
ดูแล และแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนข้อมูล
ของผู้ป่วยประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบจำนวน
10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย
และการรักษาในปัจจุบัน

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก
แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของ ศรีรัตน์ คัมสิน¹¹ ที่
สร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹⁰ เป็น
ชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับ
ความสามารถในการควบคุมการดูแลผู้ป่วยและการดูแล
ตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
จำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด
ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้คะแนน
เป็นรายข้อ ตามระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล
ผู้ป่วยประกอบด้วย 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุดเท่ากับ 4,
มากเท่ากับ 3, น้อยเท่ากับ 1 และน้อยที่สุดเท่ากับ 0

2.3 แบบวัดการรับรู้ความพึงพอใจ เป็นแบบ
สัมภาษณ์ที่แปลมาจากแบบประเมินความพึง
พอใจทั่วไปของ Duppy โดยสมจิต หนูเจริญกุล และ
คณะ¹² มีจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน
ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ (0-5
คะแนน) ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง

จาก 0-10 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-110คะแนน
คะแนนสูงหมายถึง ความพึงพอใจสูง

2.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ
ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)
ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย
(Perceived objective) และ อัตวิสัย (Self-report
subjective) พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ
องค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยเลือกคำถาม 1 ข้อจาก
แต่ละหมวดใน 24 หมวด แบ่งเป็นองค์ประกอบของ
คุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย (Physical
domain) จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ (Psychological
domain) จำนวน 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
(Social relationships) จำนวน 3 ข้อ และด้าน
สิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวน 8 ข้อ และหมวด
คุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อ รวม
ข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 26-130 คะแนน
คะแนนสูงหมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content
Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อพิจารณา
ความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความ
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องและเหมาะสม
ของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม
ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา กิจกรรมและความ
เหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำ
แบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและ
นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์

อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการทดลองดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1) ก่อนการทดลอง ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงสิทธิของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และใช้แบบวัดการรับรู้ความพึงพอใจและแบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

2) การดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลครั้งที่ 1 โดยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 2 วัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ และเริ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลครั้งที่ 1 โดยดำเนินการขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ญาติผู้ดูแลแสดงการรับรู้ ทำความเข้าใจ ยอมรับเหตุการณ์ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาของญาติผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วย และปัญหาที่เกิดจากผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ทำให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา และเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ใช้เวลา

ประมาณ 35-45 นาที และนัดหมายเพื่อพบกันอีกครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกันดำเนินการสรุปปัญหาจากการพูดคุยในครั้งแรก โดยพิจารณาความรุนแรง และความยากง่ายของการแก้ปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการกำหนดหัวข้อและรายละเอียด ซึ่งประกอบด้วยปัญหาสาเหตุ วิธีการแก้ไขปัญหา การประเมินผล และบทบาทของบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) ซึ่งการจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด จะอยู่ภายใต้เงื่อนไขต่างๆ ได้แก่ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและได้รับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ และร่วมกันตัดสินใจปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที และทำการนัดหมายเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยดำเนินการกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 3 โดยดำเนินการขั้นตอนการประเมินผลการแก้ไขปัญหาในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งแรก และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ด้วยการติดตามจากบันทึกของญาติผู้ดูแลตามแผนการแก้ปัญหาที่วางไว้ พร้อมทั้งค้นหาปัญหา และพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาใหม่กรณีญาติผู้ดูแลนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ญาติผู้ดูแลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีการให้แรง

เสริมทางบวก กล่าวชมเชยให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 35-45 นาทีและทำการนัดหมายญาติผู้ดูแลเพื่อพบกัน ครั้งที่ 4

หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโดยดำเนินการติดตามผลการแก้ไข ปัญหาในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการคงไว้ซึ่ง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย และการดูแล ตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง มีการให้แรงเสริม ทางบวก กล่าวชมเชยให้กำลังใจ เมื่อพบว่าผู้ดูแล สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดี พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์ผู้ดูแลตามแบบ สัมภาษณ์การรับรู้พลัง อำนาจ และการปฏิบัติกรดูแล ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ สัมภาษณ์ครั้งแรก ใช้เวลาประมาณ 35 - 45 นาที และ ทำการนัดหมายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อพบกันในสัปดาห์ ที่ 6

3) หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทำการ ทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ด้วยการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล ตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจและการ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่สัมภาษณ์ ครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที และร่วมสรุปผล การทดลองตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบวัดการรับรู้ความ ผาสุกทางใจและแบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วย และคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ และการ ปฏิบัติการดูแลในระยะก่อนการทดลอง หลังการ ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลัง อำนาจ และการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความ แปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ (Two - way Analysis of

Variance with Repeated measures) แบบหนึ่งตัว แปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (One Between-Subjects Variable and One Within- Subjects Variable)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ MTH 2023-05

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง จำนวน 25 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.0 อยู่ ในช่วงอายุ 60-65 ปีร้อยละ 54.5 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 63.6 การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาร้อยละ 45.4 มีรายได้ เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001- 20,000 บาทร้อยละ 31.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ กับรายจ่ายร้อยละ 54.5 รวมระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วยอยู่ระหว่างต่ำกว่า 1 ปีร้อยละ 54.5 และใน 1 วัน ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงทุกคน ไม่เคย มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 86.3 ญาติ ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นสามี/ ภรรยาร้อยละ 77.2 ไม่มีผู้ช่วยในการปฏิบัติการดูแล ทั้งหมด ญาติผู้ดูแลมี โรคประจำตัวร้อยละ 68.1 มี แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือร้อยละ 90.9 และในกลุ่ม ควบคุม ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าในกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 และไม่แตกต่างกัน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยใน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จ สิ้น 1 เดือน สูงกว่าใน กลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการ

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่แตกต่างกัน

ความผาสุกทางใจ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนทดลอง (Mean =70.40, SD=13.77) และหลังทดลอง (Mean =83.17, SD = 9.23) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางใจหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.54, p < .001$)

คุณภาพชีวิต ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.98, p <$

.001) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.78, p < .001$) เนื่องจากข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพ โดยรวมหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้โปรแกรมมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้าน และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n = 25$)

คะแนนคุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ค่าสถิติ	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
โดยรวม	92.15	10.65	101.72	7.38	$t = -8.97$	$< .001$
ด้านร่างกาย	26.14	3.32	29.38	1.46	$Z = -4.66$	$< .001$
ด้านจิตใจ	21.76	3.67	24.69	2.17	$Z = -4.27$	$< .001$
ด้านสังคม	9.94	2.15	10.78	1.96	$Z = -2.55$	.002
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.44	3.37	28.92	2.99	$t = -6.79$	$< .001$
หมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพชีวิตโดยรวม	6.88	1.24	7.94	0.78	$Z = -3.64$	$< .001$

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยนำมาอธิบายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 จากการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความ

ผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริรัตน์ คุ่มสิน¹¹ พบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจ และคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลอง การ

เสริมสร้างพลังอำนาจส่วนใหญ่เป็นกระบวนการเฉพาะบุคคลในการพัฒนาตนเองโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจเพื่อสร้างพลังอำนาจในการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นในตนเอง และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันค้นหาปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้น¹⁰ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อคิดทบทวนสถานการณ์ต่างๆ และแสดงความรู้สึกล่อสิ่งทีปฏิบัติในกิจกรรมการให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา สามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ร่วมกับผู้วิจัยได้เหมาะสม¹³ การติดตามดูแลให้คำปรึกษา ชี้แนะและให้ข้อมูล เป็นผู้สนับสนุนในบางกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลร่วมกับการมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะระยะสุดท้ายไว้เพื่อเป็นสื่อประกอบการค้นหาความรู้เพิ่มเติม มีการกระตุ้นเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหา นั้น โดยให้แรงเสริมบวกด้วยการกล่าวคำชมเชยให้กำลังใจ ให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นที่สามารถจัดการกับอาการและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและตนเองได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องงานวิจัยของ วารุณี มีเจริญ⁸ และ Davis, L. L.¹⁴ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงเป็นเพศที่เหมาะสมมีความอ่อนโยนเอาใจใส่เหมาะสมที่จะรับบทบาทในการดูแล ส่วนเพศชายเหมาะสมกับการรับบทบาทเป็นผู้ช่วยดูแล นอกจากนี้บทบาทการเป็นผู้ช่วยผู้ดูแลในเรื่องการบริหารจัดการต่างๆ เช่น การรับส่งไปพบแพทย์ การช่วยเหลือด้านการเงิน การจัดหาสิ่งของอำนวยความสะดวก มากกว่าที่จะทำหน้าที่เกี่ยวกับงานบ้านหรือการดูแลอนามัยส่วนบุคคลเช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสองอันดับแรกได้แก่ คู่สมรส และบุตร ตามลำดับ¹⁵ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมงต่อวันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 100

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 จากผลการศึกษาผลเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระยะสุดท้ายพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีส่วนส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกมีพลังในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การรับรู้ความผาสุกทางใจหลังเข้าร่วมการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงขึ้นจากการดำเนินการตามการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามกระบวนการเสริมสร้างพลังทั้ง 6 ขั้นตอน ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ มีพลังในการจัดการและใช้วิธีการที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การติดตามและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์มีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นถึงข้อดีของการเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแล และเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความผาสุกทางใจสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องการวิจัยของ สรรสนีย์ จันทร์มา¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ด้านร่างกายจิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมการประยุกต์ใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง เรียนรู้

วิธีการดูแลตนเองและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง เพื่อปรับตัวเข้ากับบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับตนเองเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาอื่นๆ ได้ร่วมกับผู้วิจัยกระตุ้นให้เชื่อมั่น ซึ่งให้เห็นข้อดีและความสำคัญของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งให้เห็นคุณค่าในตนเอง และเน้นให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งพลังในการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ดีและผู้ป่วยมีสิทธิในการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยลดภาระทางการเงินในการดูแลผู้ป่วยได้ส่วนหนึ่ง ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการวิจัยของ กิตติยาพร จันทร์ชม และคณะ¹⁷ พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และสอดคล้องกับการวิจัยของ พัทธราภรณ์ ทะเกียง และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในชุมชนพบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ส่วนหลังการใช้โปรแกรมพบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับดีขึ้นร้อยละ 100 แตกต่างจากก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.095$, $p <$

0.001) ควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
2. นักศึกษาพยาบาลหรือคณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำแนวทางทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย
3. ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายและผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. การวิจัยนี้ทำการทดลองในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้กับผู้ดูแลระยะเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย และที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการอื่น เช่น การให้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัด และการรักษาด้วยรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดว่าจะได้ผลการศึกษาเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute.(2017). Types of cancer treatment; 2017. [Cited 2024 May 10]. Available from:<https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>.
2. World Health Organization.(2018). Palliative care; 2018. [Cited 2024 May 10]. Available from:<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
3. Hileman, J. W.(1992). Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. Oncology Nursing Forum. 19(5):771-77.
4. วารุณี มีเจริญ.(2559). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. Rama Nurse J. 20(1):10-22.
5. Schulz,R, & Beach,S.R.(1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. Journal of the American Medical Association. 282(23):2215-19.

6. Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., & Rodin, G. (2007). Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *Journal of Clinical Oncology*. 25(30):4829-34.
7. ศิริรัตน์ คุ่มสิน. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
8. วารุณี มีเจริญ. (2559). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *Rama Nurse J.* 20(1):10-22.
9. Gibson. (1995). A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Doctoral ; 1995.
10. Gibson, C.H. (1993). A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Unpublished doctoral dissertation : Boston Collage, Boston.
11. ศิริรัตน์ คุ่มสิน. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
12. สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ, และพรณวดี พุฒธนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ความผาสุกทางในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย วารสารพยาบาล. 38(3):169-90.
13. กรมการแพทย์. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านศีกในพระบรมราชูปถัมภ์.
14. Davis, L.L. (2018). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health*. 15(1): 1-10.
15. Victoria Hospice Society. (2019). The Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2) tool. *Journal of Palliative Care*. 9(4):26-32.
16. สรรสนีย์ จันทร์มา. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
17. กิตติยาพร จันทร์ชม, ญาณิ แสงสาย, และบรรเทิง พลสวัสดิ์. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*. 5(2):12-24.
18. พัชรภรณ์ ทะเกียง, อรุมา อินทงลักษณ์, ภาคิน บุญพิชาชาญ, อรัญญา นามวงศ์ และจรรยา แก้วใจบุญ. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในชุมชน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 30(3):1-20.

รูปแบบความสุขของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

Happiness Model of the Elderly in Uttaradit Province

(Received: September 24,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

รณภพ เกตุทอง¹

Ronnapop Ketthong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพความสุขของผู้สูงอายุ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ และ 3) สร้างและรับรองรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุ 290 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เชิงคุณภาพเพื่อสร้างรูปแบบ โดยสนทนากลุ่มและยืนยันรูปแบบ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก และ 2) มี 11 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง (Beta = 0.179) ค่านิยมส่วนบุคคล (Beta = 0.141) และการมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์เพื่อสังคม (Beta = 0.130) 3) รูปแบบกิจกรรมเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุประกอบด้วย 15 กิจกรรม ครอบคลุมด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ การพัฒนาจิตใจ การเงิน และการมีส่วนร่วมในสังคม ทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิ 20 ท่านได้ยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบและกิจกรรม โดยเห็นด้วยกับปัจจัยทั้ง 11 ด้าน (ค่าเฉลี่ย 4.40) และกิจกรรมส่งเสริมความสุข (ค่าเฉลี่ย 4.25) ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

คำสำคัญ: ความสุขผู้สูงอายุ, ปัจจัยที่มีอิทธิพล, รูปแบบกิจกรรม

Abstract

This research aimed to 1) study the happiness conditions of the elderly, 2) examine factors influencing the happiness of the elderly, and 3) develop and validate a happiness model for the elderly in Uttaradit Province. This research was a survey research using questionnaires with 290 elderly people. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. Qualitatively, a model was created by focus group discussion and the model was confirmed using Delphi technique.

The research findings revealed that 1) the overall level of happiness across five dimensions among the elderly was high, and 2) there were 11 factors influencing the happiness of the elderly. The top three most influential factors were self-perceived health status (Beta = 0.179), personal values (Beta = 0.141), and participation in social contributions (Beta = 0.130). 3) The happiness-enhancing activity model for the elderly comprised 15 activities covering health, relationships, mental development, finance, and social participation. Furthermore, 20 experts confirmed the appropriateness of the model and activities, strongly agreeing with all 11 factors (mean = 4.40) and happiness-promoting activities (mean = 4.25).

Keyword: Elderly Happiness, Influencing Factors, Activity Model

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก
เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความก้าวหน้าของ

เทคโนโลยีทางการแพทย์และบริการสาธารณสุข
โดยเฉพาะความทันสมัยของการแพทย์ การส่งเสริม
สุขภาพที่ดี และการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ส่งผลให้ประชากรทั่วโลกมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ตามรายงานของ Department of Economic and Social Affairs, UN คาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศในอาเซียนจะเข้าสู่ "สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์" โดยสิงคโปร์และไทยจะกลายเป็น "สังคมสูงอายุระดับสุดยอด"¹ ในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 19.60 ของประชากรทั้งหมด แบ่งเป็นชายร้อยละ 44.70 และหญิงร้อยละ 55.30 เมื่อจำแนกตามช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มีร้อยละ 57.20 วัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.50 และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.30 โดยทุกช่วงวัยมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย² ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (มากกว่าร้อยละ 20) ภายในปี 2566 โดยภาคเหนือมีสัดส่วนผู้สูงอายุ สูงสุด ที่ร้อยละ 25.20 รองลงมาคือภาค ตะวันออกเฉียงเหนือที่ร้อยละ 22.50 จังหวัดที่มี ผู้สูงอายุมากที่สุด 5 ลำดับแรกอยู่ในภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดแพร่ (ร้อยละ 29.30) อุตรดิตถ์ (ร้อยละ 29.00) และอุทัยธานี (ร้อยละ 28.90) ซึ่งจัดเป็น สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28.00 ของประชากร ทั้งหมด³

จังหวัดอุตรดิตถ์มีอัตราผู้สูงอายุต่อประชากร ทั้งหมดร้อยละ 29.00 จัดอยู่ในสังคมสูงอายุระดับสุดยอด และมีความรุนแรงเป็นลำดับที่ 2 ของประเทศไทย⁵ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษที่จำเป็นต้อง ได้รับการดูแลจากสังคม โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อ ปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ ความพิการได้ จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุที่มี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีเพียงร้อยละ 25.10 โดยผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงสุดที่ร้อยละ 30.10 รองลงมาคือภาคกลางร้อยละ 28.70 และ ภาคเหนือร้อยละ 26.30² สำหรับดัชนีสถานการณ์

และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย จังหวัดอุตรดิตถ์มี ดัชนีสูงอายุถึงร้อยละ 235.38 ในปี พ.ศ. 2568 และ คาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 276.32 ในปี 2573 สะท้อน ให้เห็นว่าจังหวัดอุตรดิตถ์กำลังประสบปัญหาภาวะ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาจากอัตราส่วน พึ่งพิงวัยสูงอายุและอัตราส่วนเกือหนุน⁶

สำหรับความสุขมวลรวมของผู้สูงอายุเท่ากับ 6.74 จากคะแนนเต็ม 10 นอกจากนี้ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุยังคงประสบปัญหาคุณภาพชีวิต อันเป็นผลมาจากภาวะความสุขของผู้สูงอายุในระดับ ต่ำ ซึ่งความสุขในชีวิต (Life happiness) เป็นสิ่งที่ มนุษย์ทุกคนควรได้รับและเป็นสิ่งสำคัญของการ ดำเนินชีวิตของทุกคน ถ้าแต่ละชีวิตมีความสุขมนุษย์ ก็จะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขจะเป็นความสุขของหมู่ คณะของสังคมและของโลก โดยครอบคลุมถึงความดี งามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จะเห็นได้ว่าความสุข เป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะเมื่ออย่างเข้า สู่วัยสูงอายุแล้วหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะต้องมีปัญหา สุขภาพและต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จึงส่งผล กระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและ ทางอ้อม จะเห็นได้ว่าความสุขของผู้สูงอายุเป็นผลมา จากการที่ตนเองสามารถจัดการกับปัญหาในการ ดำเนินชีวิตมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อการมี คุณภาพชีวิตที่ดีโดยครอบคลุมความดีงามภายใน จิตใจนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง รวมถึงการศึกษาของสิทธิพร สุรินทร์และ คณะ⁶ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุตรดิตถ์ประกอบด้วย 11 ปัจจัย ได้แก่ การ รับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง สุขภาพและสมรรถภาพ ทางจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การพัฒนาจิตใจ สถานการณ์ด้านการเงิน การมีส่วนร่วมในการทำ ประโยชน์เพื่อสังคม สังคมและเพื่อนฝูง เสรีภาพส่วนบุคคล ค่านิยมส่วนบุคคล การใช้สังคมออนไลน์ และ

สัมพันธภาพทางเพศ นอกจากนี้ ยังพบว่ามิติความสุขของผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 มิติ คือ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ⁷ อย่างไรก็ตาม รูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน และยังขาดการศึกษาวิจัยในบริบทที่ต่างกัน โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อนำผลการวิจัยมาสร้างรูปแบบความสุขที่สอดคล้องกับนโยบาย มาตรการระยะยาว และบริบทสภาพแวดล้อมของจังหวัด ตามสถานการณ์โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น อันจะเอื้อประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความสุขที่เหมาะสมกับวัย และมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพความสุขของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์
3. เพื่อสร้างรูปแบบและรับรองรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อสร้างรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ ดังนี้

การศึกษาวิจัยระยะที่ 1 การสำรวจ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขและสภาพความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ ดำเนินการศึกษาวิจัยและจัดเก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน-กันยายน 2566 ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตจังหวัด

อุดรดิตถ์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอุดรดิตถ์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 290 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิแบบเป็นสัดส่วน (Stratified Proportional sampling) ใช้เขตอำเภอในจังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ใน

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ต่อเดือน รายรับเพียงพอกับค่าใช้จ่าย การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ปัจจัยๆ รวม 110 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ปัจจัยด้านสุขภาพและสมรรถภาพทางจิตใจ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัจจัยด้านการพัฒนาจิตใจ ปัจจัยด้านสถานการณ์ด้านการเงิน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์เพื่อสังคม ปัจจัยด้านสังคมและเพื่อนฝูง ปัจจัยด้านเสรีภาพส่วนบุคคล ปัจจัยด้านค่านิยมส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการใช้สังคมออนไลน์ และปัจจัยด้านสัมพันธภาพทางเพศ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ระดับ 5 หมายถึง สภาพความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง สภาพความสุขของผู้สูงอายุ

อยู่ในระดับมาก ระดับ 3 หมายถึง สภาพความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง สภาพความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย และระดับ 1 หมายถึง สภาพความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อยที่สุด และกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย มิติสุขสบาย, มิติสุขสนุก, มิติสุขสง่า, มิติสุขสว่าง, และมิติสุขสงบ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ระดับ 5 หมายถึง สภาพความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง สภาพความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ระดับ 3 หมายถึง สภาพความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง สภาพความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย และระดับ 1 หมายถึง สภาพความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับน้อย

วิธีดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนในการศึกษาวิจัย ดังนี้ 1) ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมแบบสอบถาม เพื่อการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณในแต่ละอำเภอในจังหวัดอุดรดิตถ์ 2) ดำเนินการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและแกนนำผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือการเก็บข้อมูล 3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดย นักวิชาการสาธารณสุขและนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบ

ความถูกต้องของข้อมูลพร้อมทั้งดำเนินการคัดแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก เพื่อดำเนินการจัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในแต่ละพื้นที่ให้ครบตามจำนวน 4) ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลแบบสอบถามเพิ่มเติมในกรณีที่มีการตอบข้อมูลแบบสอบถามจากผู้ตอบแบบสอบถามผิดพลาดและไม่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลในการศึกษาวิจัยได้จากพื้นที่แต่ละอำเภอที่ยังขาดความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม 5) ดำเนินการบันทึกข้อมูลที่ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง โดยโปรแกรมสำเร็จรูปและดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และ 6) ดำเนินการสรุปผลการศึกษาและจัดเขียนรายงานผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการนำแบบสอบถามคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์ และบันทึกคะแนนแต่ละข้อของแต่ละคน ลงในแบบรหัส (Coding Form) หลังจากนั้น นำไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีวิธีดำเนินการ ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ และ ตอนที่ 3 สภาพความสุขของผู้สูงอายุ 5 มิติ ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด และการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุและการสร้างรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุ ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple Linear Regression Analysis)

การศึกษาวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ ดำเนินการศึกษาศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2566 ดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 ท่าน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์หรือผู้แทน, รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, ประธานชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์, ตัวแทนผู้สูงอายุ โดยการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบโครงสร้างคำถาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group discussion) เครื่องมือเป็นแบบสอบถามปลายเปิด แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบโครงสร้างคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group discussion) คำถามเป็นแบบปลายเปิด ประกอบด้วย ข้อคำถามเพื่อยืนยันข้อค้นพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ และแนวทางกิจกรรมส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแนวทางเพิ่มเติมในการสร้างรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุ คำถามเป็นแบบปลายเปิด เพื่อนำมาสร้างรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุดรดิตถ์

วิธีดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 โดยดำเนินการประชุมกลุ่ม (Focus Group discussion) ตามแบบแบบโครงสร้างคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group discussion) จัดเก็บข้อมูลจากประเด็นที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 ทำการบันทึกภาพ บันทึกเสียงทุกเนื้อหา ทำการสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิจารณ์และข้อเสนอแนะ จากการถอดข้อความ เพื่อนำมาเทียบเคียงกับบริบทของการวิจัย และปรับปรุงรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ ตามเสนอข้อคิดเห็น การวิจารณ์และข้อเสนอแนะของการประชุมเชิงปฏิบัติการจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะและข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ใช้วิธีวิเคราะห์แบบอุปนัย (Inductive analysis) การ

ตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น

การศึกษาวิจัยระยะที่ 3 การยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์

วัตถุประสงค์ เพื่อยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 ระยะเวลาศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม-เดือนธันวาคม 2566 ดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ จำนวน 20 ท่าน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้เทคนิคเดลฟาย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

วิธีดำเนินการ ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 รอบ มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้ 1) ผู้ศึกษาวิจัยจัดทำแบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ 2) ดำเนินการให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบความสุขของผู้สูงอายุ หลังจากได้รับแบบสอบถามรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาคำนวณค่าทางสถิติ คือ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) เพื่อนำไปแสดงไว้ในแบบสอบถามรอบที่ 3 พร้อมระบุค่าระดับคะแนนของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านที่ได้ตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ไว้ในแบบสอบถามรอบที่ 3 ด้วย เพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้เชี่ยวชาญนั้นได้เคยเลือกคำตอบไว้ที่ค่าระดับคะแนนใดจากแบบสอบถามรอบที่ผ่านมา ในกรณีที่คำตอบของผู้เชี่ยวชาญท่านใดแตกต่างไปจากกลุ่ม แต่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นยังต้องการยืนยันคำตอบเดิมของตนอยู่ จะต้องเขียนคำอธิบายเหตุผลประกอบว่าเหตุใดจึงคิดเห็นเช่นนั้น 3) ผลที่ได้รับจากแบบสอบถามในรอบที่ 3 หากพบว่า

ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ อยู่นอกช่วงพิสัยระหว่างควอไทล์ มากกว่า 1.5 เป็นจำนวนมาก จะดำเนินการต่อในรอบที่ 4 โดยจัดทำเป็นแบบสอบถามรอบที่ 4 อีกครั้ง โดยจะขอทราบเหตุผลของผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุบางท่านที่มีข้อคิดเห็นแตกต่างไปจากกลุ่ม และขอยืนยันคำตอบอีกครั้งหนึ่งก่อนที่จะสรุปผลการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อยุติเป็นครั้งสุดท้ายในการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยระยะที่ 3 นี้ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 1 ผู้วิจัยจะนำมาคำนวณค่าทางสถิติ คือ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) เพื่อนำไปจัดทำแบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยกำหนดอันตรภาคชั้น จำนวน 5 ชั้น คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 ไม่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าวอย่างยิ่ง ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 ไม่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 ค่อนข้างเห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว และค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าวอย่างยิ่ง ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อความแนวทางที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41 ขึ้นไปเป็นค่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2 ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยจะแปลความหมายระดับความคิดเห็นตามเกณฑ์ในข้อ 1) จากค่าเฉลี่ย และพิจารณาความสอดคล้องกันของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ กำหนดเกณฑ์แสดงค่าความสอดคล้อง คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ระหว่าง 0.00-0.50 แสดงว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกันสูงมาก ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ระหว่าง 0.51-1.00 แสดงว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกันสูง ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ระหว่าง 1.01-1.99 แสดงว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกันปานกลาง ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ระหว่าง 2.00-2.99 แสดงว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกันต่ำ และ

หากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ สูงกว่า 3.00 แสดงว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.66) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 65.52) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.66) สมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 63.79) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 48.28) มีรายได้ 1,001-5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 39.31) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 44.14) อาศัยในครอบครัวที่มีสมาชิก 4-6 คน (ร้อยละ 50.69) มีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับดีถึงดีมาก เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ 3 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 30.28) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.52)

การศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = 0.42) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลระดับมากได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ($\bar{X} = 4.12$) ค่านิยมส่วนบุคคล ($\bar{X} = 4.07$) สมรรถภาพทางจิตใจ ($\bar{X} = 3.93$) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ($\bar{X} = 3.92$) สังคมและเพื่อนฝูง สิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในสังคม (ทั้งสามด้านมี $\bar{X} = 3.87$) และการพัฒนาจิตใจ ($\bar{X} = 3.70$) ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลระดับปานกลาง ได้แก่ สถานการณ์การเงินสัมพันธ์ภาพทางเพศ (ทั้งสองด้านมี $\bar{X} = 3.27$) และ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ($\bar{X} = 3.12$)

ความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.40) โดยมีมิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มิติสุขสง่า ($\bar{X} = 4.33$) รองลงมา

คือ มิติสุขสงบ ($\bar{X}$ = 4.29) มิติสุขสนุก ($\bar{X}$ = 4.23) มิติสุขสว่าง ($\bar{X}$ = 4.20) และมิติสุขสบาย ($\bar{X}$ = 4.14) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์พบว่าทั้ง 11 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง (Beta = 0.179) ค่านิยมส่วนบุคคล (Beta = 0.141) การมีส่วนร่วมทำประโยชน์เพื่อสังคมและการพัฒนาจิตใจ (Beta = 0.130) สมรรถภาพทางจิตใจ (Beta = 0.129) สังคมและเพื่อนฝูง (Beta = 0.125) สถานการณ์ด้านการเงิน (Beta = 0.122) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Beta = 0.120) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Beta = 0.114) เสรีภาพส่วนบุคคล (Beta = 0.099) และสัมพันธ์ภาพทางเพศ (Beta = 0.054) ตามลำดับ

รูปแบบกิจกรรมเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุประกอบด้วย 15 กิจกรรม ครอบคลุมหลากหลายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ (การประเมินและดูแลสุขภาพด้วยตนเอง, กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนด้านสุขภาพ) ด้านจิตใจ (การเสริมสร้างความเชื่อมั่นตนเอง, การพัฒนาจิตตามหลักพุทธศาสนา) ด้านความสัมพันธ์ (การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้างและในครอบครัว) ด้านเศรษฐกิจ (การบริหารจัดการด้านการเงิน, การทำงานอดิเรกเพื่อเพิ่มรายได้) ด้านสังคม (การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในท้องถิ่น, การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันกับเพื่อนฝูง, การทำประโยชน์ทางสังคม) ด้านสิทธิและค่านิยม (การส่งเสริมความรู้ด้านสิทธิและเสรีภาพ, การสร้างค่านิยมส่วนบุคคลทางบวก) ด้านเทคโนโลยี (การอบรมทักษะการใช้สื่อสังคมออนไลน์) และด้านสุขภาพทางเพศ (การให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม) กิจกรรมเหล่านี้ครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในหลากหลายมิติ

การยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบความสุข

และกิจกรรมเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 20 ท่าน ผลพบว่า ทั้ง 11 ปัจจัยองค์ประกอบได้รับการเห็นชอบในระดับสูงมาก ($\bar{X}$ = 4.40, I.R. = 0.63) และกิจกรรมส่งเสริมความสุขได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมอย่างยิ่ง ($\bar{X}$ = 4.25, I.R. = 0.42) แสดงถึงความสอดคล้องและความเหมาะสมของรูปแบบและกิจกรรมที่นำเสนอสำหรับการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดแนวทางพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในด้านเป้าหมาย แผนงาน บุคลากร และงบประมาณ เพื่อให้การพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ที่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ในบริบทของประเทศไทย โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างทางสังคมและระบบการศึกษาในอดีตของประเทศไทย ซึ่งมีผลต่อการกำหนดนโยบายและการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากนี้ ข้อมูลดังกล่าวยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มเป้าหมายนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในยุคปัจจุบัน

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุพบว่า มี 11 ปัจจัยสำคัญ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอภิชัย มงคลและคณะ⁸ และนาตยา ศรีหทัยเทพและคณะ⁹ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างการรับรู้ที่ดีต่อสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ทำให้การรับรู้ถึงสุขภาพที่ดีส่งผลโดยตรงต่อความรู้สึกมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ค่านิยมส่วนบุคคล และการมีส่วนร่วมในสังคม ก็มีความสำคัญไม่น้อย สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ และความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความสุขแบบองค์รวม

ผลการวิจัยเกี่ยวกับความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุที่พบว่าอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรนันท์ อุ่นอ่อน¹⁰ แต่แตกต่างจากงานวิจัยของกัญญิกา ปัญญาละและคณะ¹¹ ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเกิดจากความหลากหลายของบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ รวมถึงนโยบายและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาและพัฒนาแบบการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ ยังสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งอาจเป็นแบบอย่างให้กับพื้นที่อื่นๆ ในการพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบกิจกรรมเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย 15 กิจกรรมครอบคลุมหลายด้าน สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการตอบสนองต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน การที่กิจกรรมเหล่านี้ได้รับการยืนยันความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง อย่างไรก็ตาม การนำรูปแบบนี้ไปใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่นและการปรับให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละชุมชนหรือกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากความต้องการและข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการไปใช้ ควรมีการนำปัจจัยที่มีอิทธิพลและกิจกรรมที่เสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุ มาปรับใช้ดำเนินการส่งเสริมความสุขผู้สูงอายุ ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในลักษณะของการบูรณาการร่วมกัน “ยึดผู้สูงอายุเป็นเป้าหมาย” ทั้งบุคลากร งบประมาณ และแผนงานหรือโครงการที่เหมาะสมแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบความสุขของกลุ่มวัยเด็ก วัยรุ่นและวัยแรงงาน เพื่อสร้างรูปแบบความสุขที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย ทั้งด้านปัจจัยและกิจกรรมส่งเสริมความสุขแต่ละกลุ่มวัยได้อย่างเหมาะสมเช่นกัน 2. ควรมีการศึกษาปัจจัยและกิจกรรมส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มเติม นอกเหนือจากปัจจัยที่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เพื่อหาปัจจัยและกิจกรรมส่งเสริมความสุขที่เหมาะสมแต่ละพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2566). จัปตาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ฉบับที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2564). การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th>
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.(2562). ประชากรและสังคม 2562: ครอบครัวไทย...สะท้อนอะไรในสังคม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
5. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2557). ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 1/2558 (พฤศจิกายน). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
6. สิทธิพร สุนทร, วัชรินทร์ สุทธิชัย, พงศศักดิ์ ชิมมอนต์ส.(2561). รูปแบบการพัฒนาความสุขของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2558). คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
8. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนิ หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, วรวรรณ จูฑา.(2552). การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
9. นาดยา ศรีหทัยเทพ, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, สุพร ดนัยสุขภูิกุล.(2565). ปัจจัยทำนายความมีคุณค่าในตนเองระหว่างการเปลี่ยนผ่านในผู้สูงอายุวัยเกษียณ. วารสารมหาวิทยาลัยศรีเตียน. 28(2):เม.ย.-มิ.ย.
10. ภัทรนันท์ อุ่นอ่อน.(2565). แนวทางการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 14(2):ก.ค.-ธ.ค.
11. กัญญา ปัญญาละ.(2565). ระดับความสุขของผู้สูงอายุในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

Effects of a Self-Management Program on Self-Management Behaviors, Blood Pressure and
Estimated Glomerular Filtration Rate Among Hypertensive Patients with Stage 3 Chronic
Kidney Disease at the Hypertension Clinic, Outpatient Department,
Khao Phanom Hospital, Krabi Province.

(Received: September 26,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

รภัทสา รักเกือ¹

Raphatsa Rakkuea¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 30 ราย ที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการเชิงอนุมาน (Pair t-test)

ผลการวิจัย หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ยกเว้นด้านการจัดการความเครียด ระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, ความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This research aimed to study the effects of a self-management program on self-management behaviors, blood pressure, and glomerular filtration rate in hypertensive patients with stage 3 chronic kidney disease. The study employed a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 30 hypertensive patients with stage 3 chronic kidney disease from the Hypertension Clinic, Outpatient Department, Khao Phanom Hospital, Krabi Province. The research instruments included a self-management program, a general information questionnaire, a self-management behavior assessment form, and a chronic kidney disease knowledge assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that after participating in the program, the sample group had significantly higher scores in self-management behaviors and knowledge about chronic kidney disease ($p < 0.001$), except for stress management. Both systolic and diastolic blood pressure levels decreased significantly ($p < 0.001$), and the glomerular filtration rate increased significantly ($p < 0.05$).

Keywords: Self-management program, Hypertension, Chronic kidney disease

¹ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาระยะยาว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต¹ ในประเทศไทย ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี 2560 ขณะที่สัดส่วนผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็นร้อยละ 22.6 ในช่วงเวลาเดียวกัน² สำหรับโรคไตเรื้อรัง ในปี 2563 พบความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ร้อยละ 41.71, 11.16 และ 5.93 ตามลำดับ²

สถานการณ์ในจังหวัดกระบี่ มีแนวโน้มเดียวกับระดับประเทศ โดยอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปีในช่วงปี 2562-2566 จาก 9,329.14 เป็น 11,963.38 ต่อประชากรแสนคน ในส่วนของโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาพนมพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่มารับบริการในปี 2566 ร้อยละ 53.40, 9.30 และ 4.65 ตามลำดับ³ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอการเสื่อมของไต โดยการปรับพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยา เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดส่วนปลาย และปัญหาทางจอประสาทตา⁴ ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ได้ผล คือ ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา⁵ นอกจากนี้ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวช่วง 140-159 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการเสียชีวิตถึงร้อยละ 38 เมื่อเทียบกับระดับต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และการเพิ่มขึ้นของระดับ

ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวทุก 10 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงดังกล่าวร้อยละ 6.70

โรงพยาบาลเขาพนม พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมีร้อยละ 69.79 และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-4 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท) มีร้อยละ 74.43 ขณะที่ผู้ป่วยไตเรื้อรังสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ร้อยละ 48.17³ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.86 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 53.40 ในปี 2566³ และพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่ร้อยละ 42.30 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง²

แนวทางการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นวิธีในการรักษาโรคเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จ วิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพสนับสนุน⁶ การจัดการตนเองเป็นความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับโรคและการรักษาด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และเป็นการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้แนวคิดในการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นและลดระดับความดันโลหิต ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จึงมีความสำคัญ โดยบูรณาการกระบวนการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buy⁸ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer⁹ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย

กาย และการจัดการความเครียด รวมถึงการติดตามระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตอย่างสม่ำเสมอ โดยคาดหวังว่าโปรแกรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ลดความดันโลหิต และชะลอการเสื่อมของไตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว ทดสอบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test and post-test design) จำนวน 8 สัปดาห์ ช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่เดือนมิถุนายน - เดือนกรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในช่วง 30-59 มิลลิเมตรต่อวินาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ที่มารับการบริการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 574 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 คำนวณจากค่าอิทธิพล

(Effect size) 0.7 ใช้การทดสอบสมมติฐานทางเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) 0.05 และค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 24 ราย จากนั้นปรับเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างติดตาม โดยใช้สูตรการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง¹⁰ และปรับให้เป็นจำนวนเต็มที่สุดตัว จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย

การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ไม่มีเบาหวานร่วม เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (eGFR 30-59 มล./นาที/1.73 ม.²) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารภาษาไทยได้ ติดต่อทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านได้ โดยจะคัดออกผู้ที่มีความรุนแรง มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือความเข้าใจ มีโรคร่วมรุนแรง มีแผนย้ายถิ่นฐาน หรืออยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงการรักษาที่อาจส่งผลต่อการศึกษา ทั้งนี้ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมและสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคร่วมที่พบ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ยาที่รับประทานเป็นประจำ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย

ความเครียด การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากโรงพยาบาล ประสิทธิภาพได้รับความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระดับความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และระดับอัตราการกรองของไต

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำหรือปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน), ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3-5 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน), ปฏิบัติบางครั้ง หรือ 1-2 วัน/สัปดาห์ (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-90 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง (61-90 คะแนน หรือ ร้อยละ) ปานกลาง (31-60 คะแนน), ต่ำ (0-30 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง จำนวน 12 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนน 0-12 คะแนน กำหนดแบ่งเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับมาก (9-12 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (5-8 คะแนน) ความรู้ระดับน้อย (0-4 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น Kr-20 เท่ากับ 0.87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Briesch & Chafouleas¹¹ และ Kanfer⁹ ได้แก่

แผนการสอนให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขાพนม จังหวัดกระบี่ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง สํารวจรายชื่อและประวัติผู้ป่วยจากทะเบียนและเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย รวมถึงขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง ชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมและระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงโครงการ และทำแบบประเมินก่อนการทดลอง จากนั้นให้ความรู้และสาธิตทักษะการจัดการตนเอง แจกสมุดบันทึกพฤติกรรม และแนะนำเทคนิคการจัดการตนเอง เช่น การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ผู้วิจัยออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย ตรวจสอบสมุดบันทึก เสริมความรู้และทักษะที่ยังบกพร่อง ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 3, 5 และ 7 ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมถึงการลงบันทึกในสมุด ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา ให้กำลังใจ และชื่นชมความสำเร็จที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองที่บ้าน ให้ทำแบบประเมินหลังการทดลอง วัดความดันโลหิต และเจาะเลือดเพื่อประเมินอัตราการกรองของไต จากนั้นสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมและกล่าวขอบคุณ

3. ระยะหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วย ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ด้วยสถิติ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2567 รหัสโครงการเลขที่ KBO-IRB 2024/015.2003 เอกสารรับรองเลขที่ KBO-IRB 2024/14.2105

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70) อายุเฉลี่ย 71.83 ปี สมรสแล้ว (ร้อยละ 63.33) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.70) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.30) มี

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,800 บาท และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 90)

ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 14.63 ปี และโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 7.5 ปี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 73.30) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 60.0) ออกกำลังกายโดยการเดินรอบบ้าน (ร้อยละ 70) เป็นเวลา 16-30 นาที (ร้อยละ 46.67) ไม่มีความเครียด (ร้อยละ 76.70) และไม่ใชยานอกเหนือจากที่โรงพยาบาลจ่าย (ร้อยละ 90)

พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด (ร้อยละ 100) และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.30) และระดับสูง (ร้อยละ 16.70) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมแอลกอฮอล์และบุหรี่ การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ยกเว้นพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 1)

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.67) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ 30.0) และระดับน้อย (ร้อยละ 3.33) ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 93.33) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 6.67) โดยระดับความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.021, p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

รายการ	Min-Max (คะแนน)	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
		M	S.D.	M	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	0 - 12	7.43	1.98	10.17	1.02	7.021	< 0.001
พฤติกรรมจัดการตนเอง	0 - 90	37.90	4.69	55.13	6.37	18.926	< 0.001
- ด้านการรับประทานอาหาร	0 - 42	18.90	3.98	24.40	4.47	8.306	< 0.001
- ด้านควบคุมแอลกอฮอล์และบุหรี่	0 - 9	5.50	.82	8.30	.99	12.339	< 0.001
- ด้านการออกกำลังกาย	0 - 18	5.10	1.60	9.50	1.85	22.524	< 0.001
- ด้านการจัดการกับความเครียด	0 - 9	2.70	1.12	2.80	1.42	1.000	> 0.05
- ด้านการรับประทานยา	0 - 12	5.70	.92	10.13	1.80	12.988	< 0.001

ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลอง โดยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 137.80 มิลลิเมตรปรอท เป็น 130.87 มิลลิเมตรปรอท ($t = 6.379$, $p < 0.001$) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก

83.47 มิลลิเมตรปรอท เป็น 80.47 มิลลิเมตรปรอท ($t = 3.973$, $p < 0.001$) และอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจาก 48.01 มล./นาที/1.73 ตร.ม. เป็น 50.94 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ($t = 2.969$, $p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
ความดันโลหิตชนิด Systolic	137.80	10.22	130.87	6.39	6.379	< 0.001
ความดันโลหิตชนิด Diastolic	83.47	3.73	80.47	2.83	3.973	< 0.001
อัตราการกรองของไต (eGFR)	48.01	8.53	50.94	8.99	2.969	< 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71.83 ปี สมรสแล้ว นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,800 บาท และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลักษณะเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าเพศหญิงและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังมากกว่า ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายโดย

การเดิน ไม่มีความเครียด และไม่ใช้ยานอกเหนือจากที่โรงพยาบาลจ่าย ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงบวกต่อสุขภาพ

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ยกเว้นการจัดการความเครียด ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตลดลง และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Swerissen, Belfrage, et al.¹², Chodosh et al.¹³, นภาพรณ จันทศรี¹⁴, และอติเทพ ผาติอินันท์ และ

คณะ¹⁵ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษานี้อาจเป็นผลมาจากการใช้ทฤษฎีแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer⁹ ซึ่งให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ภายใต้การควบคุมตนเอง (Self-regulation) โปรแกรมนี้ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนที่เหมาะสม การฝึกทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมาย การติดตามผล และการให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินปัญหาของตนเอง เลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ฝึติดิตตามและบันทึกผลการปฏิบัติ ประเมินผล และเสริมแรงให้ตนเอง อย่างไรก็ตาม การไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญในการจัดการความเครียดอาจเนื่องมาจากระยะเวลาการศึกษาที่สั้นเกินไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปรับตัวทางจิตใจมักต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างต่อเนื่อง การทดลองระยะสั้นอาจไม่เพียงพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญในระดับความเครียดของผู้ป่วย

ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยของ Clark et al.¹⁷ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองไม่มีผลต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และงานวิจัยของกิตติยา วังตะพันธ์¹⁸ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองไม่มีผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมในการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากความแตกต่างในรูปแบบของ

โปรแกรม ระยะเวลาการศึกษา หรือลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

โดยสรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลลัพธ์ในระยะยาวและพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อลดความดันโลหิตและชะลอการเสื่อมของไต
2. นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ และขยายผลสู่เครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัด
3. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในระยะยาว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านนี้ต้องใช้เวลาอันยาวนานกว่าจะเห็นผลชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรติดตามผู้ป่วยทุก 1-2 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและการชะลอไตเสื่อม และติดตามการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระยะยาว เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการจัดบริการที่มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพนาส ชินวงศ์.(2560). การจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 37(1):148-157.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่.(2567). กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง Service Plan [Internet]. 2567 ; สืบค้น
ข้อมูลวันที่ 30 เมษายน 2567. แล่งข้อมูล : https://kbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
4. World Health Organization.(2017). Noncommunicable diseases progress monitor 2015. 2015.
5. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive
drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 96(4):e5641.
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641>.
6. Costantini L, Beanlands H, McCay E, Cattran D, Hladunewich M, Francis D.(2008). The self-management
experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrol Nurs J*. 35(2):147.
7. สุนิสา สีมม, วรรณภา ประไพพานิช, พูลสุข เจนพานิชย์, วรางคณา พชัยวงศ์.(2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อ
ชะลอความเสี่ยงของไตต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*.
25(1): 16-31.
8. Kanfer FH, Gaelick-Buys L.(1991). Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. *Helping
people change: A textbook of methods*. 4th ed. Pergamon Press. p. 305-360.
- 9.Kanfer FH.(2000). Self-management therapy: Orchestration of basic components for individual clients. *Eur
Psychother*. 1(1) : 10-14.
10. อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2556). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ:บริษัทวิทยพัฒน์.
11. Briesch AM, Chafouleas SM.(2009). Review and analysis of literature on self-management interventions to
promote appropriate classroom behaviors (1988-2008). *Sch Psychol Q*. 24(2):106-118.
<https://doi.org/10.1037/a0016159>
12. Swerissen H, Belfrage J, Weeks A, Jordan L, Walker C, Furler J, McAvoy B, Carter M, Peterson C.(2006). A
randomized control trial of a self-management program for people with a chronic illness from
Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. *Patient Educ Couns*. 64(1-3):360-368.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.04.003>.
13. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttrop MJ, Hilton L, et al.(2005). Meta-analysis: chronic
disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med*. 143(6):427-438.
14. นภาพรณ จันทรศรี.(2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและความดันโลหิตในผู้ป่วยความ
ดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาล*. 34(2) : 45-56.
15. อติเทพ ผาติอินันท์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, วินัส ลิฬหกุล.(2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่
มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและความดันโลหิต. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*.
29(2):12-27.
16. เพ็ญพร ทวีบุตร. (2560). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ
เริ่มต้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 31(1):129-145.
17. Clark NM, Gong M, Kaciroti N.(2010). A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Educ
Behav*. 37(5):664-678.
18. กิตติยา วังตะพันธ์.(2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.
วารสารวิจัยสุขภาพ. 12(1):78-89.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์

The effectiveness of smoking prevention program of junior high school student,
Someplace school in Burirum Province

(Received: September 3,2024 ; Revised: September 22,2024 ; Accepted: September 28,2024)

สุพรรณา จิตรสม¹, ันยาพร โคตรชุม², ปณณทัต บณขุนทด², อีรวรรณ พงศ์ภาณุพัฒน์³

Supansa Chitsom¹, Punnatthut Bonkhunthod², Tunyaporn Khodchum³ Teerawat Phongphanupat⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าแบบการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.64 และความเที่ยงเท่ากับ 0.86 กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนจำนวน 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้วยการทดสอบค่าทีกำหนดนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน การเปรียบเทียบภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ($p > 0.05$) สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติที พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนดีกว่ากลุ่มควบคุมเฉพาะด้านความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่างกัน ($p > 0.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่, การรับรู้ความสามารถแห่งตน, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This study is a quasi-experimental with two groups pretest-posttest design aimed to study the effectiveness of smoking prevention program of junior high school in Someplace school, Burirum Province. The sample of each 30 students were divided in 2 groups of experimental and control group by purposive sampling. Data were collected by questionnaires created by researcher, that were confirmed the validity with the value of 0.64 and reliability obtained 0.86. The experimental group participated in program that was with self-efficacy concept for 4 weeks. The data were analyzed by descriptive statistics, and comparison mean differences were analyzed by t-test.

The results showed that the experimental and the control group have had similar characteristics respectively. Within Control group comparison after the experimentation, the experimental group significantly higher changes with regards to knowledge about negative effects and dangers of smoking than,

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ Corresponding author: Tunyaporn Khodchum; Email: Tunyaporn.kho@neu.ac.th

before the experimentation significantly (<0.05). Perceived self-efficacy to stop smoking, outcome expectation of non-smoking, intention to stop smoking than, and excepting the attitude to non-smoking of the experimental group, it had not significance (>0.05). For between group comparison after the experiment with t-test, the experimental group had higher mean of knowledge about negative effects and dangers of smoking, excepting the attitude to non-smoking, and excepting the attitude to non-smoking than control group significantly ($p<0.05$) while it had not significance in the other dimensions ($p>0.05$).

Keywords: Smoking prevention program, perceived self-efficacy, Junior high school student

บทนำ

บุหรี่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในสังคมไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี และยังพบอีกว่าอายุแรกเริ่มที่เข้าถึงและมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยุคนั้นลดน้อยลง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก และเยาวชนมากกว่าร้อยละ 50 เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 16 - 25 ปี คิดเป็นจำนวน 600,000 - 1,000,000¹ คน จากการศึกษาในกลุ่มเด็กและเยาวชนระหว่าง พ.ศ. 2558 - 2560 ปัญหาที่พบมากอันดับหนึ่งคือการสูบบุหรี่ โดยเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกในช่วงอายุ 15 - 19 ปี ซึ่งเยาวชนในชนบทมีแนวโน้มเริ่มสูบบุหรี่เร็วกว่าเขตเมืองเล็กน้อย² การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ Global Youth Tobacco Survey : GYTS ปี พ.ศ. 2565 ของประเทศไทย ในกลุ่มนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปี พบว่า เด็กและเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 เท่า³ สาเหตุเนื่องมาจากความสนุก ทำตามกลุ่มเพื่อน ความเหงา และความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต

วัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนผ่านสู่วัยผู้ใหญ่มีความต้องการเรียนรู้ในสิ่งต่าง ๆ อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางมีความเสี่ยงต่อการเริ่มเข้าสู่อบายมุขซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผลจากการเปลี่ยนแปลงตามระยะของพัฒนาการตามช่วงวัย เช่น การปรับตัวกับการเรียนที่มีความยากมากขึ้น การปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อน การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัย⁴ ถ้าหากวัยรุ่นคนใดไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ได้ ประกอบกับปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวอาจส่งผลนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงขึ้น

ได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นด้วยกันเองรวมถึงบุคคลรอบข้าง หากกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างเหมาะสม การเอาใจใส่ดูแล และให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้ดี แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้โอกาสที่จะหันไปสู่วิถีทางที่ผิดหรือการกระทำที่ผิด โดยพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายคือการสูบบุหรี่ วัยรุ่นตอนต้นถือว่าเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีการสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อย ซึ่งมีโอกาสกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่สูงและมีโอกาสเลิกได้ยากมากขึ้น การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนสามารถแบ่งการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นออกได้เป็น 5 กลุ่มตามลำดับขั้นของการสูบบุหรี่ คือ 1) กลุ่มมั่นใจว่าจะไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่และมั่นใจว่าตนจะไม่สูบบุหรี่แน่นอนถึงแม้จะถูกชักชวนก็ตาม 2) กลุ่มลังเลใจ ได้แก่ ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่แต่ยังไม่แน่ใจว่าจะสามารถปฏิเสธการสูบบุหรี่ได้หากถูกชักชวน 3) กลุ่มทดลองสูบบุหรี่ ได้แก่ ผู้ที่เคยทดลองสูบบุหรี่เพียงไม่กี่มวนเท่านั้นในชีวิต 4) กลุ่มสูบบุหรี่ตามโอกาส ได้แก่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวตามโอกาสต่าง ๆ เช่น เมื่อมีงานเลี้ยงฉลอง ไปเที่ยว และ 5) กลุ่มสูบบุหรี่ประจำ ได้แก่ ผู้ที่สูบบุหรี่อย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์หรือเกือบทุกวัน⁵ โดยมีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นเท่านั้นที่มั่นใจว่าตนจะไม่สูบบุหรี่แน่นอน และได้กระจายอยู่ในกลุ่มต่าง ๆ จึงถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะสูบบุหรี่และมีโอกาสที่ได้ทดลองสูบบุหรี่แล้ว

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่มีหลายปัจจัยทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ เช่น เพศ

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทักษะต่อการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของเพื่อน การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ ความผูกพันกับครอบครัวและโรงเรียน แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการสูบบุหรี่คือทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ การแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพจึงควรเน้นการป้องกันตั้งแต่ในระยะแรกของการสูบบุหรี่ที่ยังไม่ได้เริ่มต้นสูบบุหรี่ อีกทั้งโปรแกรมที่สร้างขึ้นควรมีความหลากหลายและมีความเฉพาะเจาะจงกับปัจจัยที่ค้นพบที่อาจมีความแตกต่างกันตามช่วงวัย โดยให้ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพของวัยรุ่นให้มีทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ การให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของบุหรี่ จนเกิดกระบวนการเรียนรู้มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก การรับรู้ ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ สร้างความตระหนัก การฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์เชิงลบของการสูบบุหรี่ และมีความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ในอนาคต ด้านรูปแบบประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ ผ่านการจัดกิจกรรมโดยคำนึงถึงการปรับความคาดหวัง ความเชื่อจากการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และปรับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ โดยผ่านการสังเกตตัวแบบ การสอน การรับรู้ การจดจำสื่อต่าง ๆ เป็นการชักจูงจากเพื่อน ครู ตลอดจนผู้เรียนมีการโต้ตอบจากการสังเกตจากสิ่งแวดล้อม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับสิ่งแวดล้อม โดยการให้จัดบอร์ดรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ ผ่านการวิเคราะห์ วางแผนออกแบบเนื้อหาในการจัดบอร์ด การเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการป้องกันการสูบบุหรี่ หลังจากจัดกิจกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ จึงทำให้นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถ

ของตนเองในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ จนนำมาซึ่งเกิดความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นตอนต้นมีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้นตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura⁶ ที่ให้ความสำคัญพัฒนาตนเองของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง (Mastery Experience) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) มาพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง การแสดงบทบาทสมมติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมสนทนากลุ่ม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลองการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group Pretest -Posttest design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13-15 ปี โรงเรียนแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2566 ในจังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13-15 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากเพื่อเข้าร่วมการวิจัย และจับสลากเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยอย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน⁷ โดยแต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักเรียนทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประยุกต์จากแบบสอบถามของจูไรต์น ชวงไชยยะ⁸ ซึ่งตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม การหาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

มี 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ มี 18 ข้อ เป็นตัวเลือก 4 ข้อคำถามตอบถูก ผิด มีค่าประสิทธิ์ความคงที่ภายใน (KR-20) เท่ากับ 0.634 ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการสูบบุหรี่ มี 18 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับและได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.714 ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ มี 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับและได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.863 ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ มี 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับและได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.930 และส่วนที่ 6 ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ มีคำถามที่มีตัวเลือกตอบ คือ ตั้งใจจะไม่สูบและตั้งใจที่จะสูบในอนาคต และไม่แน่ใจ แบบสอบถามได้รับการปรับแก้และตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

โปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยพัฒนากิจกรรมจากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura⁶ ที่ให้ความสำคัญพัฒนาตนเองของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง (Mastery Experience) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) มาพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อส่งเสริมให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ เพื่อหลีกเลี่ยงพิษภัยของบุหรี่ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ได้ ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นให้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาตนเองของบุคคล โดยจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ โดยใช้การบรรยายประกอบสื่อ การชมวีดิทัศน์

และเกมส์บุหรีซ้อนพิช 2) จัดกิจกรรมการสร้าง การรับรู้ตนเองต่อการป้องกันการสูบบุหรี โดยการ ใช้ชมสื่อวีดิทัศน์ ทักษะในการปฏิเสธของตัวแบบ ในการปฏิเสธการสูบบุหรี และการฝึกทักษะการ ปฏิเสธโดยใช้บทบาทสมมติในกรณีเพื่อนชวน 3) กิจกรรมส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี จาก การเป็นนักสืบ สื่อโดนใจ โดยใช้การสะท้อนคิด และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 4) จัด กิจกรรมเสริมความรู้และเจตคติที่ดีต่อการไม่สูบ บุหรี ด้วยการเขียน “สัญญาใจ” จัดกิจกรรม "สัญญาใจ"

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยเสนอต่อ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ให้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและมี ผลงานวิจัยเกี่ยวกับบุหรี 1 ท่าน อาจารย์ที่มีความ เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน พยาบาลคลินิกเลิกบุหรี 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้อง ความครอบคลุม ความสอดคล้อง และความชัดเจนของเนื้อหาหลัง จากนั้นผู้วิจัย นำไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม วิเคราะห์ค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.64 นำไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับ มัธยมแห่งหนึ่ง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความ ถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

ของความรู้ความรู้อันเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี เจตคติต่อการไม่สูบบุหรี การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการ ไม่สูบบุหรี ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี และความตั้งใจไม่สูบบุหรี ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับ ความรู้ความรู้อันเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี เจตคติ ต่อการไม่สูบบุหรี การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่ สูบบุหรี ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี และ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง BRO 2023-106 รับรองวันที่ 26 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังจาก ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์แล้ว โดยได้ชี้แจงถึงสิทธิในการถอน ตัวจากการวิจัย ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น ความลับ และการนำใช้ผลการวิจัยไปใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม อีกทั้งการไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์หรือสิทธิใด ๆ ที่ พึงได้รับของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการ เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงทำหนังสือขอ อนุญาตผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ปกครองต้องลงนามอนุญาตในแบบยินยอม ให้ให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นกลุ่มทดลองเข้า

ร่วมที่กิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

2) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่

3) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง ในคาบนอกเวลาเรียนดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ กฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ โดยการใช้การบรรยายประกอบสื่อ การชมวิดีโอทัศน์และเกมส์บุหรี่ ซ่อนพิษ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยแบ่งกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม อภิปรายข้อดี ข้อเสียของบุหรี่ และนำเสนอหน้าชั้นเรียน

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) จัดกิจกรรมการสร้างการรับรู้ตนเองต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยการใช้ชมสื่อวิดีโอทัศน์ ทักษะในการปฏิเสธของตัวแบบในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการฝึกทักษะการปฏิเสธโดยใช้บทบาทสมมติในกรณีเพื่อนชวน จัดสถานการณ์จำลองใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยแบ่งกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม อภิปรายและสรุปการเรียนรู้

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) จัดกิจกรรมส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่ โดยการใช้การสะท้อนคิด และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยแบ่งกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ประกาดการจัดบอร์ดเกี่ยวกับผลกระทบที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ และนำเสนอเพื่อรณรงค์การไม่สูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) จัดกิจกรรมเสริมความรู้และเจตคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่ ด้วยการเขียน “สัญญาใจ” จัดกิจกรรม

“สัญญาใจ” ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยให้เขียนคำมั่นสัญญาเป็นข้อความที่จะไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ ซึ่งเป็นการให้พันธะสัญญาที่แสดงถึงความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และมอบรางวัลกลุ่มที่จัดบอร์ดชนะเลิศ

4) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองเสร็จทันทีในสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้แบบสอบถามเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงทำหนังสือขออนุญาตผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ปกครองต้องลงนามอนุญาตในแบบยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่

3) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้แบบสอบถามเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกันในด้านข้อมูลทั่วไป ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 61.67 และเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 38.33 จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง มีเพศชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 และเพศหญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 และกลุ่มควบคุมมีเพศชาย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และเพศหญิง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 60 คน มีอายุระหว่าง 12-13 ปี จำนวน 37 คิดเป็นร้อยละ

61.67 อายุระหว่าง 14-15 ปี จำนวน 23 คิดเป็นร้อยละ 38.33 ด้านประสบการณ์การสูบบุหรี่พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 และเคยสูบบุหรี่ จำนวน 26 คิดเป็นร้อยละ 43.33 โดยกลุ่มทดลอง เคยสูบบุหรี่ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 กลุ่มควบคุม เคยสูบบุหรี่ จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรม

ประสิทธิผลของโปรแกรมมีผลลัพธ์ ดังนี้

2.1) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของ

บุหรี่ เจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วนคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ดีขึ้นแต่ไม่แตกต่างกันมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 30)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ค่าสถิติ	
	X	SD	X	SD	t	p
ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่	4.1	0.4	4.2	0.4	1.91	0.05 ⁸
เจตคติต่อการสูบบุหรี่	3.9	0.3	4.0	0.4	0.14	0.89
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่	1.3	0.4	1.4	0.4	0.33	0.74
การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่	1.4	0.4	1.6	0.2	0.13	0.90
ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่	3.8	0.3	4.0	0.3	1.12	0.26

หมายเหตุ: p < 0.05

2.2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของ

บุหรี่ เจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วนคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ ดีกว่าแต่ไม่แตกต่างกันมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ยุติการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		ค่าสถิติ	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ยุติการสูบบุหรี่	4.2	0.4	4.1	0.4	4.74	<0.01*
เจตคติต่อการสูบบุหรี่	4.0	0.4	3.8	0.5	2.22	0.03*
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่	1.4	0.4	1.3	0.4	1.30	0.20
การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่	1.6	0.2	1.5	0.3	1.61	0.11
ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่	4.0	0.3	3.9	0.3	2.07	0.05

หมายเหตุ: p < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัยนำมาอธิบายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ยุติการสูบบุหรี่ สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลดังกล่าวน่าจะเกิดจากการที่บุคคลได้รับการกระตุ้นชักจูง ซึ่งการเรียนรู้ดังกล่าวเกิดจากการสังเกตตัวแบบและสื่อต่าง ๆ จากการบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น การชมวิดีโอ และการสังเกตตัวแบบ จนเกิดการเรียนรู้เข้าใจและจดจำเนื้อหาที่ได้เรียนรู้ กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสอดคล้องกับโครงสร้างความคิดของประสบการณ์และสื่อตามลักษณะของสื่อในความคิดของผู้เรียน^{6,8} ในส่วนเจตคติต่อการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ภายหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพิ่มขึ้นแต่ไม่ได้แตกต่างมาก อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มทดลองได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองของ

บุคคล และอาจเพราะทางโรงเรียนมีการสอนเรื่องการป้องกันการเสพยาเสพติดและการสูบบุหรี่อยู่เป็นประจำ⁶ และนักเรียนมีช่องทางการเรียนรู้ข้อมูลเหล่านี้ผ่านสื่อต่าง ๆ อีกทั้งในระหว่างการทดลองตามแผนการจัดกิจกรรมในด้านทักษะการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการการเรียนรู้ที่ต้องอาศัยความตั้งใจในการฟังสูง ต้องทำความเข้าใจและได้ฝึกปฏิบัติจริง แต่การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านเวลาของนักเรียนที่มีค่อนข้างน้อย อีกทั้งการเสนอมุมมองในการอภิปรายกลุ่มย่อยที่นักเรียนบางกลุ่มใช้เวลาไม่เท่ากัน ประกอบกับนักเรียนมีความเคยชินกับการเรียนแบบฟังบรรยาย การมีส่วนร่วมระหว่างการเรียนจึงไม่สมบูรณ์เต็มศักยภาพ และระหว่างการแบ่งกลุ่มย่อยนักเรียน บางคนจึงถือเป็นเวลาพัก ผ่อนคลาย พูดคุยนอกประเด็นหรือเล่นกัน ส่งผลให้การพัฒนาทักษะการปฏิเสธและทักษะการตัดสินใจของกลุ่มทดลองมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นได้ไม่มากนัก¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาผลของหนังสือในการป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถก่อนและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างกันแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถต่างกันในด้านความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งเร้าให้เกิดการเรียนรู้ขึ้นและแตกต่างกัน

ในแต่ละพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเรียนรู้มา¹¹

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นเพราะถ้าบุคคลมีความรู้เรื่องการติดสารเสพติดและพิษโทษภัย จะทำให้ตระหนักและเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมตนเอง เยาวชนจะหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด¹² เจตคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่นั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยด้านบุคคลด้านสิ่งแวดล้อมครอบครัวที่ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้น ที่เป็นปัจจัยแวดล้อมที่ได้ปลูกฝังทัศนคติและต้นแบบต่อการไม่สูบบุหรี่ รวมถึงความตั้งใจไม่สูบบุหรี่⁸ ในส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มนั้นไม่แตกต่างกันมาก อาจจะเป็นเพราะนักเรียนมีการเรียนรู้ด้วยตนเองอยู่ตลอดตามกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองของบุคคลตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป⁶ อีกทั้งทางโรงเรียนมีการสอนเรื่องการป้องกันการเสพยาเสพติดและการสูบบุหรี่อยู่เป็นประจำ และนักเรียนมีช่องทางการเรียนรู้ข้อมูลเหล่านี้ผ่านสื่อต่าง ๆ รวมถึงพัฒนาการตามวัยของนักเรียนที่มีความอยากรู้อยากเห็นอยากรองในสิ่งที่ผู้อื่นหรือกลุ่มเพื่อนได้เรียนรู้⁴ อีกประการหนึ่งนักเรียนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีทักษะชีวิตด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดในระดับสูงอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งอาจเพิ่มขึ้นได้อีกไม่มาก

นัก ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด ทั้งในกลุ่มและระหว่างกลุ่มจึงไม่แตกต่างกัน¹⁰

แต่อย่างไรก็ตามโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นยังสามารถนำกิจกรรมและกระบวนการไปพัฒนาและปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมการเรียนรู้ให้นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นได้ หากแต่ควรมีการใช้เทคนิคที่น่าสนใจ กำกับ และกระตุ้นเตือน ให้มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการเพิ่มกิจกรรมที่สามารถให้นักเรียนได้ฝึกทบทวนจนเกิดทักษะ จะทำให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น^{7,12} อีกทั้งกิจกรรมที่จัดควรอยู่ในองค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านจิตพิสัยหรือเจตคติเพื่อให้นักเรียนตระหนักในปัญหาที่เกิดจากการการสูบบุหรี่ที่อาจส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และสังคมหรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นกิจกรรมที่ต้องการให้นักเรียนเกิดความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่^{14,15}

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. บุคลากรในทีมสุขภาพควรพิจารณารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการจัดกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น
2. ผู้บริหารในสถานศึกษา สามารถนำรูปแบบกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไปประยุกต์ใช้ในโรงเรียน โดยนำกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ สอดแทรกเข้าไปกับการเรียนการสอน รวมถึงส่งเสริมให้กลุ่มวัยรุ่นเป็นแกนนำหรือเป็นต้นแบบในการรณรงค์การป้องกันการสูบบุหรี่ที่ยั่งยืนในโรงเรียนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. บุรฉัตร จันทรแดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสุธินี อุตถากร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงหลวงวิทยา อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร, วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 2562;14(3):424-432
2. จุลจิรา จันทะมุงคุณ, อติรัตน์ เหล่าคมพญาจารย์ และณัฐิกา ราชบุตร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดชัยภูมิ, วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563; 28(4):304-16.
3. เขมิกา ฌภัทรเดชานนท์, ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์ และจิรัชญา เหล่าคมพญาจารย์. ผลของโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดยาสูบ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2566;29(2):1-15.
4. สุพรรษา จิตรสม และปณณทัต บณขุนทด. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาต่อทัศนคติในวัยรุ่น. ใน: ภัทรดา เกิดปทุม (บรรณาธิการ), การประชุมและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ การพัฒนาองค์ความรู้จากการวิจัยสู่สังคม ครั้งที่ 17; วันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563; มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี. กรุงเทพฯ;2563.หน้า25-35.
5. ปิยะวดี พุฒไทย, รุ่งรัตน์ศรี สุริยเวศน์ และ พรนภา หอมสินธุ์. ผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีปัญหาทางสังคมต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2566;18(1): 50-59.
6. Bandura, A. Self-efficacy Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977;84(2):191-215.
7. Polit, D. F., & Hunger, B. P. Nursing research: Principles and methods. Philadelphia: Lippincott: 1995.
8. จุไรรัตน์ ช่วงไชยยะ, มณฑา เก่งการพาณิชย์, ศรีณญา เบญจกุล, และมลินี สมภาพเจริญ. ผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ Facebook ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์. วารสารสถาบันบาราศนราดรุ 2564;15(2):94-105.
9. สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้าภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร และ คณะกรรมการอำนวยการ. ทศกัณฐ์และพฤติกรรมกรรมการบริหารโคกบุหรี่ยาสูบกับการป้องกันการบริโภคโคกบุหรี่ยาสูบของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ 2566;16(3):30-43.
10. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีผู้ป่วยใน. โรงพยาบาลศรีธัญญา.นนทบุรี, 2561.
11. นพรัตน์ สโมสร, ณัฐฐาณณิ วงษ์กาวิณ, ชาดิชา ยืนยงพานิช และมรกต สมพันธ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น ตำบลลาน ดอกไม้ จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2563;2(1):41-51.
12. วิฑิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, ลักขณา ยอดกลกิจ และสายสมร เกลยกิตติ. ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน, เวชสารแพทย์ทหารบก 2562; 72(1):33-42.
13. พิพัฒน์พล พินิจดี และจุฬารณณ์ โสตะ. โปรแกรมการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการ สูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี, สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2558; 22(2):11-20.
14. อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์ และรัชยา รัตนถาวร. การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นและแนวทางสร้างการป้องกัน. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;23(1):7-13.
15. อรณิชา ชำนาญศิลป์ และเอมอัสมา วัฒนบุรานนท์. ประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามทฤษฎี ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทอนิกซ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2565;30(1):90-100.

ผลของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตของพนักงาน
ในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

The Result of Health Promotion Service for Health Behavioral
Risk Reduction among Worker in Roi Et Province.

(Received: September 15,2024 ; Revised: September 25,2024 ; Accepted: September 26,2024)

ฐาปณีย์ สิงห์บรรณันท์¹

Thapanee Singborvonnant¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตของพนักงานในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง ทำการสุ่มเลือกแบบง่ายโดยจับสลากให้สาขา 1 แห่ง เป็นกลุ่มทดลอง และอีก 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับสลาก สาขาละ 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2) แบบประเมินตนเอง Stages of Change และ 3) แบบคัดกรองพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Independent t-test, paired t-test และ Wilcoxon Signed rank test ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระยะ stage of change สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (P-value = 0.006) มีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value <0.001) และมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value = 0.001)

คำสำคัญ: การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมเสี่ยง

Abstract

This research is quasi-experimental research aim to study The Result of Health Promotion Service for Health Behavioral Risk Reduction among Worker in Roi Et Province. The sample groups used in this research were employees in an establishment. Simple random selection was done by drawing lots, giving one branch as the experimental group and one branch as the control group. A simple random sample was selected by drawing lots, 33 people per branch. The research instruments included 1) the health promotion service program for 4 weeks, 2) the self-assessment, stages of change and 3) lifestyle risk factor behavior screening form. The tools used were reviewed by three experts. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test, paired t-test and Wilcoxon Signed rank test. The research results found that after the experiment, the experimental group had a significantly higher stage of change than before the experiment at the significance level of 0.05 (P-value = 0.006) and had significantly less lifestyle risk factors than before the experiment at a significance level of 0.05 (p-value <0.001). When comparing behavior and lifestyle risk factors after the experiment, it was found that the experimental group had significantly less lifestyle risk factors than the control group at a significance level of 0.05 (p-value = 0.001).

Keywords: Health Promotion Service, Health Behavioral Risk

¹ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease : NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยจากสถิติปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีประชากรเสียชีวิต จากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 300,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี 2552 คิดเป็นมูลค่า ความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 200,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งสถิติการเสียชีวิตดังกล่าวยังแสดงว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลกและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต¹ ซึ่งอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก NCDs ที่สำคัญ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2557 ถึงปี 2559 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงเล็กน้อย และคงที่ในปี 2561¹ และโรค NCDs ส่วนใหญ่เป็นผลจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต²

พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอหรือขาดการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดกลุ่มโรค NCDs จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยา ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จนเกิดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในที่สุด สำนักรโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ 1) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 2) การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ 3) การจัดการอารมณ์ 4) การบริโภคนิโคติน 5) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์³

WHO ได้กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพ ว่า คนทำงานนอกจากมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานแล้ว ยังมีโอกาสเกิดโรคหรือเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมและการ

ดำเนินชีวิต (lifestyle) การสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญที่ช่วยเพิ่มศักยภาพให้คนทำงานสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ อันจะส่งผลให้มีภาวะสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม⁴ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นศาสตร์และศิลป์ที่ช่วยเอื้อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อให้บรรลุสุขภาพะ มีความสมดุลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และปัญญา การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตกระทำโดยเสริมสร้าง เพิ่มความตระหนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ⁵ การสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน เป็นความต่อเนื่องในการป้องกันโรค การรักษาโรค รวมถึงการป้องกันอันตรายจากปัจจัยเสี่ยง และการส่งเสริมสุขภาพของคนทำงานให้ไปสู่จุดสูงสุด⁶ ตัวอย่างโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถจัดกระทำในสถานที่ทำงาน เช่น โครงการออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น⁷ ซึ่งการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อกลุ่มโรค NCDs สามารถกระทำได้โดยใช้หลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 2ส. (ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา)³ สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน หมายถึง การดำเนินงานในสถานประกอบการ โดยการส่งเสริม สนับสนุนให้คนทำงานปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ป้องกันปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยเพิ่มความตระหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี

การนำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินโปรแกรมจะส่งผลให้สามารถดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นที่พฤติกรรมหลักเสี่ยงการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยวินิจฉัยสาเหตุและการค้นหา และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยแนวคิดนี้มีความเชื่อว่าการที่บุคคล

จะหลีกเลี่ยงโรคหรือความเจ็บป่วยได้นั้น ต้องประกอบด้วยความเชื่อ ดังนี้คือ 1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย 2) การรับรู้ว่าการปรากฏของโรคหรือความเจ็บป่วยจะมีระดับความรุนแรงเสมอ อย่างน้อยในระดับปานกลาง 3) บุคคลมีส่วนในกิจกรรมที่เป็นผลประโยชน์ต่อการลดความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หากยังปรากฏโรคหรือความเจ็บป่วยและไม่สามารถเอาชนะได้ แสดงถึงการเกิดอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งองค์ประกอบของความแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยง ความรุนแรง การถูกคุกคามของการเกิดโรค 2) ปัจจัยร่วม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม โครงสร้างหรือองค์ประกอบที่มีผลต่อบุคคล 3) ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วยปัจจัยจากภายในและภายนอก และ 4) ปัจจัยแนวโน้มต่อการกระทำพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรค⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง โดยใช้โปรแกรมการให้สุศึกษา 3 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเข้ามารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

นอกจากนี้ ทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical Model [TTM] or Stages of Change Mode) โดยโปรเชสกา

และดิกลีเมนต์ (Prochaska and Diclemente)⁹ พัฒนาขึ้นจากมุมมองว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่บุคคลจะอยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ดังนั้น การส่งเสริมให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงต้องสอดคล้องกับขั้นของบุคคลนั้นๆ⁴ โดยทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 ระยะ ได้แก่ 1) ขั้นไม่สนใจ 2) ขั้นลังเลใจ 3) ขั้นตัดสินใจ 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ 5) ขั้นกระทำต่อเนื่อง และ 6) ขั้นยุติ ซึ่งการนำทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลงไปใช้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องวิเคราะห์ว่า บุคคลอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อที่จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นการเปลี่ยนแปลงและช่วยให้บุคคลนั้นขยับไปสู่ขั้นตอนถัดไปได้ โดยทฤษฎีได้เสนอกระบวนการในการเปลี่ยนแปลง (process of change) ไว้ 10 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกระตุ้นให้ตื่นตัวเป็น การสร้างความตระหนัก 2) การแสดงออกด้านอารมณ์ 3) การประเมินสิ่งแวดล้อม 4) การประเมินตนเอง 5) การให้คำมั่นสัญญากับตนเอง 6) การใช้เทคนิคการหาสิ่งทดแทน 7) การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน 8) การเสริมแรง 9) การควบคุมสิ่งเร้า/การลดอุปสรรค และเพิ่มปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมใหม่ และ 10) การประกาศเจตนารมณ์ให้สังคมรับรู้ ซึ่งกระบวนการทั้ง 10 องค์ประกอบจะช่วยให้บุคคลสามารถผ่านระยะของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมไปสู่ขั้นที่สูงกว่าจนถึงขั้นที่ 5 ซึ่งเป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การนำกระบวนการไปใช้ในขั้นการเปลี่ยนแปลงใน 3 ขั้นแรก ควรประยุกต์การสร้าง ความตระหนัก สร้างอารมณ์ความรู้สึก และใช้กระบวนการประเมิน ส่วนขั้นลงมือปฏิบัติ และขั้นกระทำต่อเนื่องควรเน้นการสร้างข้อตกลงหรือพันธสัญญา การวางแผนใจ การเผชิญเหตุการณ์ ในอนาคตที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนช่วยเหลือ

จากการทบทวนวรรณกรรม ในการประยุกต์ทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลงในการ

จัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายของแกนนำสุขภาพชุมชน ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด และกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเริ่มต้นจิตใจหรือขั้นลงเลใจเป็นต้นไป ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินตนเองและตัดสินใจเลือกวิธีตามความเหมาะสม การให้ความรู้ การหาแรงสนับสนุนทางสังคม การให้แรงเสริม การลดอุปสรรคและการเพิ่มปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรม และการประเมินผล พบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น⁴

จากการตรวจสุขภาพประจำปี 2564 ของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 83 ราย พบว่า พนักงานมีปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน และเค็ม ร้อยละ 32 54 และ 44 ตามลำดับ ด้านการไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 96 ด้านความเครียด ร้อยละ 44 ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 36 และด้านการสูบบุหรี่ ร้อยละ 18 สรุปได้ว่า พนักงานมีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งมีโอกาสเกิดโรค NCDs รายใหม่และเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย NCDs เดิม ซึ่งการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการในอดีตที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะดำเนินการพร้อมกิจกรรมตรวจสุขภาพ โดยเมื่อพบว่าพนักงานมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต พยาบาลอาชีวอนามัยจะให้ความรู้และให้คำแนะนำรายบุคคล หรือเมื่อมีพนักงานมารับบริการพร้อมกันเป็นจำนวนมาก มักให้สุขศึกษาแบบกลุ่ม และไม่มีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมหลังจัดบริการ จึงไม่ทราบว่าพนักงานมีความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ สอดคล้องกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค^{10,11} กล่าวถึงการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้ว่า การดำเนินการป้องกันโรคไม่ติดต้อมีสิ่งจำเป็นที่สำคัญ คือต้องมีความตระหนักเพื่อให้เกิดการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนใหญ่ จะไม่มีการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการมักวางแผนเพื่อให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามมุมมองของผู้ให้บริการฝ่ายเดียว กระบวนการให้ความรู้ความเข้าใจไม่ได้ปรับตามลักษณะบุคคล เคยชินกับวิธีการอบรม การสอน การสั่ง ให้คำแนะนำ ให้สุศึกษาให้ความรู้เป็นชุด ๆ เหมือนกันทุกครั้งและทุกคน ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่สำเร็จ ดังนั้นวิธีการดังกล่าวอาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เพียงชั่วคราว และการที่จะทำให้คนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถาวร ต้องเริ่มจากความตระหนัก ดังนั้นเพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยได้จึงนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลง มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของพนักงานในที่ทำงานซึ่งเป็นสถานประกอบการ อันจะส่งผลให้คนทำงานมีสุขภาพดี สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตของพนักงานในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง ใช้โปรแกรมจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ตั้งแต่ มิ.ย.2565-ส.ค. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานที่อยู่ในสถานประกอบการ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด 1 แห่ง 2 สาขาจำนวน 86 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานที่ทำงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้มีความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการสุ่มเลือกแบบง่ายโดยจับสลากให้สาขา 1 แห่ง เป็นกลุ่มทดลอง และอีก 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power วิเคราะห์ one-way analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 33 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับสลากสาขาละ 33 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ 3) มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรค NCDs และ 4) ยินยอมและสมัครเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเป็นผู้ใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วยตนเอง เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher และ Rosenstock¹¹ และทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลง (Prochaska, Redding, & Evers, 2002) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย สัปดาห์แรก ครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองประเมินพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตและประเมินตนเอง Stages of Change จากนั้นได้รับความรู้โดยผู้วิจัยบรรยายเรื่องพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต พร้อมกับรับแผ่นพับเกี่ยวกับโรค NCDs 4 เรื่อง ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน รับการกระตุ้นให้ค้นหาและรับรู้ปัญหา สาเหตุ และความเสี่ยงพฤติกรรม

ด้านการดำเนินชีวิตของตนเอง ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนในกลุ่ม รับกำลังใจการเสริมพลังจากผู้วิจัย สร้างพันธะสัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ประเมินตนเอง Stages of Change อีกครั้ง และผู้วิจัยกระตุ้นให้สถานประกอบการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นให้กำลังใจกลุ่มทดลอง และสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 3 ประเมินพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต ส่วนกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์แรก ครั้งที่ 1 ทำแบบประเมินพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตได้รับแผ่นพับเกี่ยวกับโรค NCDs 4 เรื่อง ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน ไปศึกษาด้วยตนเอง และผู้วิจัยกระตุ้นให้สถานประกอบการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเหมือนกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบประเมินตนเอง Stages of Change และแบบคัดกรองพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต เนื้อหาประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบคัดกรองพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต (พฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน) ประยุกต์จากแบบคัดกรองสุขภาพวัยทำงาน (TWH01) ของศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ กรมควบคุมโรค¹² ประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว

- ประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต 30. (รับประทานอาหาร

ออกกำลังกาย อารมณ์) 2ส. (สูบบุหรี่ ต่ำสูรา)
จำนวน 26 ข้อ

2) แบบประเมินตนเอง (Stages of Change) 5 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1) ระยะไม่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2) ระยะลังเลใจ รับรู้ว่ามีปัญหา ประเมินประโยชน์และอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะที่ 3) .ระยะตัดสินใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเริ่มวางแผน ระยะที่ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะที่ 5) ระยะกระทำต่อเนื่อง จนกลายเป็นพฤติกรรมที่คงที่ (มากกว่า 6เดือน)

3) แบบฟอร์มตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นข้อคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบในประเด็นความถูกต้องและสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ ความเหมาะสมเรื่องกิจกรรม เวลา หรือสื่อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านกลุ่มโรค NCDs 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 1 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่า IOC โดยตรงได้ 0.9

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test, paired t-test และ Wilcoxon Signed rank test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ RE 060/2565 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของตัวอย่างวิจัย และปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด เพื่อปกป้องสิทธิของตัวอย่างวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองเพศเป็นหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 ช่วงอายุมากที่สุด คือ อายุ 20 – 30 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 อายุเฉลี่ย 30.36 ปี (S.D.= 5.07) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 97.0 และดัชนีมวล อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 ส่วนกลุ่มควบคุม เพศเป็นหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 ช่วงอายุมากที่สุด คือ อายุ 20 – 30 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 อายุเฉลี่ย 33.27 ปี (S.D.= 8.51) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 93.9 และดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6

การประเมินตนเอง stage of change

ผลการเปรียบเทียบการประเมินตนเอง stage of change ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระยะ stage of change สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (P-value <0.006) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินตนเอง stage of change ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

stage of change	ก่อนการ ทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	หลังการ ทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	Z	p-value
1.ระยะไม่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	9 (27.3)	0	4.849	<0.001
2.ระยะลังเลใจ รับรู้ว่ามีปัญหา ประเมินประโยชน์และ อุปสรรคที่จะเกิดขึ้นหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	13 (39.4)	0		
3.ระยะตัดสินใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเริ่มวางแผน	11 (33.3)	4 (12.1)		
4.ระยะลงมือปฏิบัติ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	0	16 (48.5)		
5.ระยะกระทำต่อเนื่อง คือสามารถปฏิบัติต่อเนื่อง จน กลายเป็นพฤติกรรมที่คงที่ (มากกว่า 6เดือน)	0	13 (39.4)		

พฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน ไขมัน เค็ม

จากผลการศึกษา ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน อยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 23 คน คิดเป็น ร้อยละ 69.7 บริโภคไขมันอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ระดับเสี่ยง ปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54. และ บริโภคเค็มอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 11 คน คิด เป็นร้อยละ 33.3 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 ส่วนกลุ่มควบคุมมี พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานอยู่ในระดับเสี่ยง สูง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ระดับเสี่ยง ปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 บริโภคไขมันอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 และบริโภคเค็มอยู่ใน ระดับเสี่ยงสูง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานอยู่ในระดับเสี่ยง สูง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ระดับเสี่ยง ปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 บริโภคไขมันอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 6 คน คิด เป็นร้อยละ 18.2 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 69.7 และบริโภคเค็มอยู่ใน ระดับเสี่ยงสูง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 ส่วนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการบริโภค อาหารหวานอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 6 คน คิด เป็นร้อยละ 18.2 เสี่ยงปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 บริโภคไขมันอยู่ในระดับเสี่ยง สูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 และ บริโภคเค็มอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 18 คน คิด เป็นร้อยละ 54.5 ระดับเสี่ยงปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5

2) ความเครียด

จากผลการศึกษา ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความเครียด อยู่ในระดับเสี่ยงสูงมาก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 ระดับเสี่ยงสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ระดับเสี่ยงปาน

จากผลการศึกษา หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนี้ นั่งทำงานอยู่กับที่และไม่ได้ออกกำลังกายเลย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเล็กน้อย ประมาณสัปดาห์ละ 1-3 วัน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และออกกำลังกาย

หรือเล่นกีฬาปานกลาง ประมาณสัปดาห์ละ 3-5 วัน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มควบคุมมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนี้ นั่งทำงานอยู่กับที่และไม่ได้ออกกำลังกายเลย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเล็กน้อย ประมาณสัปดาห์ละ 1-3 วัน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5

6) การเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต

การเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตก่อนการทดลองเท่ากับ 36.33 (S.D. = 6.25) และหลังการทดลองเท่ากับ 29.85 (S.D. = 6.65) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

คะแนนพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	36.33	6.25	6.38	<0.001
หลังการทดลอง	29.85	6.65		

การเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตเท่ากับ 29.85 (S.D. = 6.65) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตเท่ากับ 38.61

(S.D. = 12.02) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (P-value = 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	29.85	6.65	3.66	0.001
กลุ่มควบคุม	38.61	12.02		

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value < 0.001) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตน้อยกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value = 0.001) สรุปได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพนี้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตได้ อธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพนี้ ได้ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.กลุ่มทดลองได้ร่วมกิจกรรม คือ ได้รับความรู้โดยผู้วิจัยบรรยาย

เรื่องพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตพร้อมกับรับแผนพับเกี่ยวกับโรค NCDs 4 เรื่อง โดยในระหว่างการบรรยายหากกลุ่มทดลองมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองตื่นตัว เกิดความตระหนักจากการค้นหาปัญหา สาเหตุ และรับรู้ความเสี่ยงพฤติกรรมด้านการดำเนินชีวิตของตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหาพฤติกรรมด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างตั้งใจฟังการบรรยาย อยากมีส่วนร่วม และมีความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม รวมทั้งสถานประกอบการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของพนักงาน ได้แก่ จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ จากกิจกรรมทั้งหมดนี้อาจทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้ ได้ค้นหาปัญหา สาเหตุพฤติกรรมเสี่ยง จนเกิดการรับรู้ภาวะเสี่ยง ความรุนแรง การถูกคุกคามจากโรค รับรู้ปัจจัยเสี่ยง รับรู้แนวโน้มต่อการกระทำพฤติกรรมทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และอุปสรรคของตนเอง เกิดความเชื่อและการยอมรับหรือเกิดความตระหนักที่จะต้องลดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับอุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด¹³ ที่ศึกษาการให้ความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักแก่กลุ่มทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองได้รับรู้ว่าการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย และปัจจัยด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มทดลอง นำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมการมีภาวะน้ำหนักเกินได้ นอกจากนี้ การกระตุ้น การให้กำลังใจ การเสริมพลังให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการสร้างพันธะสัญญาใจ อาจช่วยตอกย้ำ เกิดพลังกระตุ้นและเพิ่มความมั่นใจให้กลุ่มทดลองตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านบวก รวมทั้งทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อรักษาสัญญากับตนเอง ดังตัวอย่างสัญญาใจ เช่น “ดิฉันจะลดน้ำหนักให้ได้” “ต่อไปฉันจะออกกำลังกาย”

เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตวิทยาเรื่องแรงจูงใจภายใน(Intrinsic motivation) ที่เกิดจากความต้องการภายในเป็นแรงผลักดันภายในบุคคล ทำให้คนเราสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ความต้องการ เจตคติ เป็นต้น จึงอาจทำให้กลุ่มทดลองมีระยะ stage of change หลังร่วมกิจกรรมเปลี่ยนแปลงจากก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (P-value = 0.006) นั่นคือ แนวโน้มพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปในระยะที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลิพร หิตอักษร และคณะ¹⁴ พบว่าผู้ประกอบการตลาดสดมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง มีค่าสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุม กิจกรรมที่ได้รับมีเพียงเอกสารความรู้และการกระตุ้นด้วยบอร์ดประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ที่สถานประกอบการจัดทำขึ้น อาจไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้เกิดความตระหนักจนสามารถทำให้กลุ่มควบคุมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพนี้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดำเนินชีวิตได้ ดังนั้นจึงเหมาะสมในการนำไปใช้สร้างเสริมพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานประกอบการ
2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ในระยะยาว ได้แก่ ระยะกระทำการเปลี่ยนแปลง เริ่มเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน และระยะคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง คือสามารถปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นพฤติกรรมที่คงที่ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย 6 เดือน
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นสถานะสุขภาพหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ระดับความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด และคอเลสเตอรอลในเลือด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สัญญาณเตือนกลุ่มโรค NCDs [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.shorturl.asia/xm4Z7>
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 PACKAGES. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2562.
4. วันเพ็ญ ทรงคำ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอาชีวอนามัย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที. ปริ๊นติ้ง; 2563.
5. O'Donnell MP. Health promotion in the workplace. 3rd ed. USA: Delmar; 2002.
6. เกษม นครเขตต์, สามารถ ศรีจันทร์, อุเทน ปัญโญ, อเนก ช้างน้อย, มนัส ยอดคำ. การส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน เอกชน : โครงการวิจัยเพื่อสร้างพื้นฐานการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงานภาคเอกชน: กรณีศึกษาสี่จังหวัดภาคเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1272?locale-attribute=th>
7. Rogers B. Occupational and environmental health nursing: Concept and practice. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Science; 2003.
8. รจเรข ธรรมกร่าง, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร 2557;1(5):19-29.
9. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editors. Health behavior and health education. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
10. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. หลักสูตรการศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
11. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
12. ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ กรมควบคุมโรค. แบบคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน (แบบ TWH01) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/976020200130083101.pdf>
13. อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยศิลปะมวยไทยต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสมรรถภาพทางกาย ของบุคคลวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
14. ชุติพร หิตอักษร. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ประกอบการตลาดสดกอบกาญจน์ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4(พิเศษ):91-101.

กรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายเด็กโรคไตอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคหืด

Pediatric Patients with Acute Glomerulonephritis and Asthma: A Case Report.

(Received: September 20,2024 ; Revised: September 26,2024 ; Accepted: September 29,2024)

สุนิสา จันทร์จินดา¹

Sunisa Chanchinda¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคหืด กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเด็กชายอายุ 6 ปี 7 เดือน มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา วันที่ 16 มีนาคม 2567 ด้วยอาการปัสสาวะมีเลือดปน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจร่างกายพบภาวะความดันโลหิตสูง และเสียงหายใจมีเสียงหวีดที่ปอดทั้งสองข้าง

ผลการศึกษา: ระหว่างการเข้ารับการรักษ พบปัญหาการคั่งของน้ำ เกลือ และของเสียในร่างกาย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypertensive encephalopathy จากภาวะความดันโลหิตสูง เกิดภาวะไม่สมดุลของ อิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจนเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลม ตลอดจนผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของบุตร เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 9 วัน และได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, โรคไตอักเสบเฉียบพลัน

Abstract

This study was a case study aimed the nursing process for pediatric patients with acute glomerulonephritis and asthma. A Thai boy, age 6 years and 7 months, came for treatment at outpatient pediatric department, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital on 16 March 2024 with hematuria for 7 days before coming to the hospital. Physical examination revealed high blood pressure and breathing sound is a wheezing in both lungs.

Result: The period before checking, there is a problem of fluid, salt and waste retention in the body, which increases the risk of hypertensive encephalopathy from high blood pressure, electrolyte imbalance, and a possibility of tissue hypoxia due to bronchospasm. As well as caregiver feeling anxious about patient's illnesses.

Keyword: nursing, pediatric patients, acute glomerulonephritis

บทนำ

โรคไตอักเสบเฉียบพลันเกิดจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่พบได้บ่อยเกิดจากการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส (Acute Post Streptococcal Glomerulonephritis: APSGN) โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา อุบัติการณ์ของโรค พบประมาณ 450,000 รายต่อปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 5,000 รายต่อปี ซึ่งกลุ่มอายุที่พบมักพบคือเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี¹ อุบัติการณ์ของการเกิดโรค

ไตอักเสบเฉียบพลันในประเทศไทยยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงชัดเจนหรือรุนแรงผู้ป่วยจะมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล อาทิ บวม ปัสสาวะออกน้อย ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะมีโปรตีนปน และความดันโลหิตสูง ส่วนโรคหืด (asthma) เป็นการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ส่งผลให้ผนังหลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้ โดยที่เด็กจะเกิดอาการอย่างเฉียบพลันเมื่อได้รับสารกระตุ้น โดยอัตราความชุกของโรคหืดในประเทศไทย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ในเด็กอายุ 6-14 ปี สูงถึงร้อยละ 13.3²

การเจ็บป่วยของเด็กที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันนั้นมักส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลจากความเครียดและความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยของบุตร³ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กแบบเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามชีวิตระดับปานกลางถึงรุนแรง เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องมาจากความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการอาการที่เหมาะสม ขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย และความต่างของการตัดสินใจระหว่างตนเองกับบุคลากรทีมสุขภาพ⁴ ทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันมีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยของบุตร

จากที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา คำนึงถึงการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงผลกระทบที่สามารถเกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในขณะที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีการวางแผนการให้การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในโรงพยาบาล⁵ เพื่อลดความวิตกกังวลทั้งในเด็กและผู้ดูแล ตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและตอบสนองในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นปัจเจกบุคคลได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคหืดโดยเน้นแนวคิดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมใน

การดูแลเด็กในโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้จัดทำดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการการศึกษารายการณิจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับการรับรองเลขที่โครงการกรณีศึกษา: 055/2567 วันที่รับรอง 10 มกราคม 2567 วันหมดอายุ 9 มกราคม 2568

วิธีการศึกษา

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้จัดทำทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโรคไตอักเสบเฉียบพลัน (acute glomerulonephritis) และโรคหืด (asthma) ศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในโรงพยาบาล

1.2 ผู้จัดทำดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการการศึกษารายการณิจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้จัดทำขอความร่วมมือในการซักประวัติ ตรวจร่างกายกับผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล

2.2 เตรียมความพร้อมกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในโรงพยาบาล⁵

2.3 ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเฉียบพลัน (acute glomerulonephritis) และโรคหืด (asthma) ตามแผนการพยาบาล³

3. ขั้นประเมินผล

3.1 ประเมินพยาบาลตามแผนการพยาบาล

3.2 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และ เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการทำกรณีศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 6 ปี 7 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดนครปฐม การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มาโรงพยาบาลด้วยอาการปัสสาวะมีเลือดปน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตรวจร่างกายพบเสียงหายใจมีเสียงหวีดที่ปอดจากโรคประจำตัว คือ โรคหืด (asthma) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไตอักเสบเฉียบพลันและโรคหืด

อาการสำคัญ

มาตรวจตามนัด ด้วยอาการปัสสาวะมีเลือดปนเป็นๆ หายๆ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะมีเลือดปนเป็นๆ หายๆ ไม่มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ

6 วันก่อนมาโรงพยาบาล อวัยวะเพศบวม ปัสสาวะมีเลือดปน สลับกับปัสสาวะใส มาตรวจที่โรงพยาบาล วินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection: UTI) แพทย์ให้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล 2 วัน แล้วกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

วันนี้มาตรวจตามนัด ด้วยอาการยังคงปัสสาวะมีเลือดปนเป็นๆ หายๆ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหนังตาบวม ไม่มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ แพทย์สั่งตรวจปัสสาวะ (urine analysis: UA) พบ red blood cell >100 cells /HPF, white blood cell >100 cells /HPF, occult blood 3+ และ leukocyte 3+ แพทย์จึงให้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืด (asthma) ตั้งแต่อายุ 8 เดือน รักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม เข้า

รับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม ด้วยอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน 1-2 ครั้ง/ปี ยาที่ใช้ประจำ ได้แก่ Budesonide MDI 1 puff วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น และ Ventolin MDI 2 puff เมื่อมีอาการหายใจลำบาก

การประเมินสภาพแรกรับ

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 6 ปี 7 เดือน รูปร่างท้วม น้ำหนักแรกรับ 32 กิโลกรัม นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย หรือหนังตา มีอาการอวัยวะเพศบวม ปัสสาวะออกน้อย มีลักษณะขุ่น มีเลือดปน ขณะขับถ่ายปัสสาวะ ไม่มีอาการปวดหรือแสบขัดขณะปัสสาวะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 110 ครั้ง/นาที (คลำได้ชัดเจน) อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/93 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ Urine analysis (UA) พบปัสสาวะสีน้ำตาล ลักษณะขุ่น Sp.gr 1.012, protein 2+, red blood cell >100 cells /HPF, white blood cell >100 cells /HPF, occult blood 3+ และ leukocyte 3+ (ตรวจจาก OPD) แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และการประเมินผล

ปัญหาข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypertensive encephalopathy จากการการคั่งของน้ำเกลือ และของเสียในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตลดลง

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะ hypertensive encephalopathy

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ฉีดยาลดความดันที่บ้าน”

O: มีอาการคลื่นไส้อาเจียน 3 ครั้ง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

O: มีอาการบวมที่เปลือกตา

O: ความดันโลหิตสูง 137/81 มิลลิเมตรปรอท

O: ปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
Intake = 1,200 มิลลิลิตร Output = 450 มิลลิลิตร

O: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 19 มีนาคม 2567 BUN 19 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงนำของภาวะ hypertensive encephalopathy ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชักเกร็ง

2. น้ำหนักตัวของผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้น

3. ค่าความดันโลหิต น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

4. ปัสสาวะออกมากกว่า 120 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง (15 มิลลิลิตร/ชั่วโมง)

5. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 5-18 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียงตลอดเวลา ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง (absolute bed rest) และให้คำแนะนำผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กให้ปฏิบัติตาม และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบทันที อาทิ มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชักเกร็ง เป็นต้น

2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยเด็กพักผ่อนอย่างเต็มที่ กระชับระยะเวลาในการทำหัตถการกับผู้ป่วยเด็ก และปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดที่เตียง โดยมีผู้ดูแลอยู่ด้วยเสมอ เพื่อลดกิจกรรมที่ต้องออกแรงและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กขณะได้รับหัตถการทางการพยาบาลและการรักษา

3. ให้คำแนะนำผู้ดูแลจัดอาหารที่โรงพยาบาล จัดหาให้ (อาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำ) ให้ผู้ป่วยเด็กรับประทาน เพื่อจำกัดปริมาณเกลือเข้าสู่ร่างกาย ลดปัจจัยการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

4. ติดตามวัดค่าความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมง หากพบค่าความดันโลหิตมากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์รับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับยาลดความดันโลหิตที่เหมาะสมตามอาการ

5. จำกัดปริมาณน้ำดื่มวันละไม่เกิน 1,200 มิลลิลิตร/วัน โดยพยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันวางแผนการจัดน้ำดื่มให้แก่ผู้ป่วยเด็กในแต่ละช่วงเวลาให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเด็ก

6. ให้ยาตามแผนการรักษา ดังต่อไปนี้

6.1 Hydralazine 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

6.2 Lasix 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

6.3 Hydralazine 50 มิลลิกรัม ทางปาก 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง

6.4 Amlodipine 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางปาก วันละ 1 ครั้ง

6.5 Lasix 40 mg. ½ เม็ด ทางปาก

7. ติดตามสารน้ำเข้าและออก อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง และแนะนำผู้ดูแลช่วยเหลือในการเก็บปัสสาวะ สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยเด็ก หากพบลักษณะผิดปกติ อาทิ ไม่ขับถ่ายปัสสาวะหลังได้รับยาขับปัสสาวะประมาณ 30 นาที ปวดท้อง บริเวณกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ให้แจ้งพยาบาลรับทราบอาการ หากพยาบาลพบว่าปัสสาวะออกน้อยกว่า 120 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง รายงานแพทย์รับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับยาที่เหมาะสมกับอาการ

8. ชั่งน้ำหนักตัวเพื่อประเมินภาวะบวมในเวลาเช้า ก่อนรับประทานอาหารเช้าทุกวัน

ประเมินผล

1. ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย จากการสังเกตอาการของผู้ดูแลและพยาบาล รายงานแพทย์รับทราบ ได้รับการรักษาโดยการให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน Ondansetron 4

มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง หากมีอาการอาเจียน ภายหลังจากได้รับยาอาการทุเลาลง หลังจากนั้นไม่มีอาการและอาการแสดงนำของภาวะ hypertensive encephalopathy

2. ผู้ป่วยเด็กน้ำหนักตัวแรกรับ 32 กิโลกรัม ตลอดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมี น้ำหนักลดลง อยู่ระหว่าง 30 - 31.1 กิโลกรัม

3. ค่าความดันโลหิตยังคงสูงเป็นช่วงๆ ซึ่งตลอดการรักษาอยู่ในค่าระหว่าง 90/60 - 160/97 มิลลิเมตรปรอท

4. ปริมาณปัสสาวะโดยส่วนมากออกมากกว่า 120 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง สีของปัสสาวะเป็นสีน้ำตาล (มีเลือดปนกับปัสสาวะ) ยังคงมีบางช่วงมีปัสสาวะออกน้อย รายงานแพทย์รับทราบ ยังคงให้การรักษา โดยการให้ยาขับปัสสาวะและติดตามอาการต่อเนื่อง

5. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN ลดลงตามลำดับ

วันที่ 24 มีนาคม 2567 BUN 14 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ปัญหาข้อที่ 2 เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำและภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและรับประทานอาหารได้น้อย

วัตถุประสงค์ ลดการเกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ดูเพลียๆ กินข้าวไม่ได้เลย”

O: มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

O: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 24 มีนาคม 2567 Electrolyte พบ sodium 132 มิลลิโมล/ลิตร และ potassium 2.8 มิลลิโมล/ลิตร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของความผิดปกติของสมดุล Electrolyte ในร่างกาย ได้แก่

1.1 ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) คือ อาการทางระบบประสาทจากภาวะสมองบวม อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว สับสน ง่วงซึม ชักหมดสติ หายใจเหนื่อย

1.2 ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) คือ 1) กล้ามเนื้อลาย: กล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย เหนื่อย ปวดกล้ามเนื้อ และกล้ามเนื้อเป็นตะคริว (muscle cramps) 2) กล้ามเนื้อเรียบ: ท้องอืด และท้องผูก ปัสสาวะออกมาก (polyuria) กระหายน้ำมาก 3) กล้ามเนื้อหัวใจ: ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

2. สัญญาณชีพปกติ

2.1 อัตราชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที คลำได้ชัดเจน และมีอัตราชีพจรที่สม่ำเสมอ

2.2 อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ และไม่มีภาวะหยุดหายใจ

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte ปกติ ได้แก่ Sodium 136-145 มิลลิโมล/ลิตร, Potassium 3.5-5.1 มิลลิโมล/ลิตร, Chloride 98-107 มิลลิโมล/ลิตร, CO₂ 22-29 มิลลิโมล/ลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและแนะนำผู้ดูแลร่วมสังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia)

2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% Dextrose in normal saline/2 1,000 มิลลิลิตร + KCl 40 mEq ทางหลอดเลือดดำหยด 35 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

3. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte

4. ให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน Ondansetron 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง หากมีอาการอาเจียน

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยเด็กมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ ไม่มีอาการแสดงของภาวะผิดปกติของสมดุล Electrolyte ในร่างกาย

2. อัตราชีพจร ยังคงอยู่ในช่วง 70-124 ครั้ง/นาที่ คลำชีพจรได้ชัดเจน อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 20-24 ครั้ง/นาที่ ลักษณะการหายใจปกติ สม่ำเสมอ ไม่พบภาวะหยุดหายใจ

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte ปกติ วันที่ 25 มีนาคม 2567 Sodium 136 มิลลิโมล/ลิตร, Potassium 3.5 มิลลิโมล/ลิตร, Chloride 98 มิลลิโมล/ลิตร, CO2 24 มิลลิโมล/ลิตร

ปัญหาข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ เนื่องจากมีการบวมหรือหดเกร็งของหลอดลม

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ก่อนมานอนโรงพยาบาล 2 วัน นอนมีไอแห้งๆ”

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “วันนี้ไอเยอะ”

O: มีอาการไอเป็นพักๆ ไม่มีเสมหะ

O: ฟังปอดพบเสียง wheezing และ rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ปลายมือปลายเท้าหรือเนื้อเยื่อรอบริมฝีปากเขียว

2. ฟังเสียงปอดหรือเสียงหายใจไม่พบเสียงผิดปกติ อาทิ stridor, wheezing และ rhonchi

3. สัญญาณชีพปกติ

3.1 อัตราชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที่

3.2 อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที่

3.3 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 95-

100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ปลายมือปลายเท้าหรือเนื้อเยื่อรอบริมฝีปากเขียว

2. ฟังปอดทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ

3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา หรือจัดท่านอนกึ่งนั่ง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี

4. ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอัตราการหายใจ อัตราชีพจร และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน เพื่อติดตามอาการของภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ

5. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยเด็กพักผ่อนและผ่อนคลาย มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่รบกวนผู้ป่วยเด็กเกินความจำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

6. แนะนำผู้ดูแลสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ และสังเกตสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการกำเริบ หากพบอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์รับทราบ

7. ให้ยาตามแผนการรักษา

7.1 Ventolin 2.5 มิลลิกรัม + 0.9% NaCl up to 4 มิลลิลิตร ฟ่นคอทุก 6 ชั่วโมง

ประเมินผล

1. ตลอดการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ

2. ฟังเสียงปอดพบเสียง wheezing และ rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง หลังได้รับยาไม่มีอาการ

ผิดปกติ ฟังปอดและเสียงหายใจเข้า ไม่พบเสียงผิดปกติ

3. อัตราชีพจร ยังคงอยู่ในช่วง 100-130 ครั้ง/นาที่ อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 20-24 ครั้ง/นาที่ ลักษณะการหายใจปกติ สม่ำเสมอ ความเข้มข้นของออกซิเจน 97-100 %

ปัญหาข้อที่ 4 ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร

วัตถุประสงค์ ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ลูกฉี่เป็นเลือด น้ำกลั้วมาก ไม่เคยเจอ”

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ลูกจะเป็นอะไรไหม เป็นมาหลายวันไม่หายซักที”

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ลูกต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเลยหรือคะ โรคที่เขาเป็นอันตรายมากไหม”

O: ผู้ดูแลถามเกี่ยวกับอาการของบุตรทุกครั้ง ที่พยาบาลไปประเมินอาการผู้ป่วยเด็ก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทางการรักษาและการให้การพยาบาล

2. ผู้ดูแลเข้าใจอาการของบุตร และสามารถบอกการติดตามอาการ การประเมินอาการ และการรักษาที่บุตรได้รับได้ถูกต้อง ไม่ถามคำถามซ้ำๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยการซักถามและเปิดโอกาสให้อธิบายความต้องการของครอบครัว และหรือระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก การรักษา และการให้การพยาบาลที่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับ ให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและ

ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตัดสินใจเข้ารับการรักษา ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว อาทิ การจำกัดน้ำดื่ม การวางแผนจำกัดปริมาณการดื่มน้ำแต่ละวัน การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม/กิจกรรมประจำวันบนเตียง การได้รับยาและแผนการรักษาต่างๆ ของผู้ป่วยเด็ก การติดตามอาการและสัญญาณชีพของผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การวางแผนจำกัดปริมาณการดื่มน้ำแต่ละวัน การเก็บปัสสาวะเพื่อการติดตามสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย การป้อนยาให้เด็กตามที่พยาบาลจัดยาให้ แผนการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ การเลือกอาหารให้แก่ผู้ป่วยเด็ก

4. ประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยเด็ก และซักถามความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตนเองและครอบครัว วิธีการประเมินอาการของผู้ป่วยเด็กและการรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ

ประเมินผล

1. ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทางการรักษาและการให้การพยาบาล

2. ผู้ดูแลเข้าใจอาการของบุตร และสามารถบอกการติดตามอาการ การประเมินอาการ และการรักษาที่บุตรได้รับได้ถูกต้อง ไม่ถามคำถามซ้ำๆ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 6 ปี 7 เดือน น้ำหนักแรกรับ 32 กิโลกรัม โรคประจำตัวเป็นโรคหืด (asthma) ตั้งแต่อายุ 8 เดือน รักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ผู้ป่วยเด็กนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย หรือหน้าตา มีอาการอ้วก เวะเพศบวม ปัสสาวะออกน้อย มีลักษณะขุน มีเลือดปน ไม่มีอาการปวดหรือแสบขัดขณะปัสสาวะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 110 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที่ ความดัน

โลหิต 127/93 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine analysis (UA) พบปัสสาวะสีน้ำตาล ลักษณะขุ่น Sp.gr 1.012, protein 2+, red blood cell >100 cells /HPF, white blood cell >100 cells /HPF, occult blood 3+ และ leukocyte 3+ (ตรวจจาก OPD) แพทย์ให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเด็กมีภาวะความดันโลหิตสูง เกิดการคั่งของน้ำ เกลือ และของเสียในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตลดลงซึ่งมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypertensive encephalopathy จากการมีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาลดความดันโลหิต ตลอดจนการรักษายังคงมีค่าความดันโลหิตยังคงสูงเป็นช่วงๆ ระหว่าง 90/60 - 160/97 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณปัสสาวะปกติ แต่ยังคงมีเลือดปนกับปัสสาวะ เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ได้รับสารน้ำ 5% Dextrose in normal saline/2 1,000 มิลลิลิตร + KCl 40 mEq ทางหลอดเลือดดำหยด 35 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ร่วมกับให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte ปกติ (วันที่ 25 มีนาคม 2567 Sodium 136 มิลลิโมล/ลิตร และ Potassium 3.5 มิลลิโมล/ลิตร) มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการบวมหรือหดรัดเกร็งของหลอดเลือด เมื่อฟังเสียงปอดพบเสียง wheezing และ rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยเด็กได้รับ Ventolin 2.5 มิลลิกรัม + 0.9% NaCl up to 4 ml. พบคอทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยา ฟังปอดและเสียงหายใจเข้า ไม่พบเสียงผิดปกติ

ในการเข้ารับการรักษาคั้งนี้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร พยาบาลให้การดูแลโดยประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล

เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนในการช่วยเหลือดูแลทั้งด้าน 1) ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ 2) ด้านกิจกรรมการพยาบาล 3) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และ 4) ด้านการตัดสินใจ⁵ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลคลายความเครียด ความทุกข์ทรมานลงจากการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงบทบาท และสิ่งแวดล้อม ภายหลังการให้การพยาบาลผู้ดูแลตอบข้อซักถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ถูกต้องทุกข้อ และพาผู้ป่วยเด็กกลับมารับการตรวจตามนัดที่แพทย์นัด

สรุปและอภิปรายผล

อาการเจ็บป่วยในเด็กอย่างเฉียบพลันเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะในโรคที่มีอาการรุนแรงหรืออาการของโรคมีอาการอย่างชัดเจน ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนในการช่วยเหลือดูแล ประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความเครียด ความทุกข์ทรมานลงจากการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงบทบาท และสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการให้การพยาบาลกรณีศึกษาครั้งนี้ พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งด้าน 1) ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ 2) ด้านกิจกรรมการพยาบาล 3) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และ 4) ด้านการตัดสินใจ⁵ เพื่อให้ให้การพยาบาลเด็กที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ พบว่า ตลอดการเข้ารับการรักษ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทางการรักษาและการให้การพยาบาล ผู้ดูแลเข้าใจอาการของบุตร และสามารถบอกการติดตามอาการ การประเมินอาการ และการรักษาที่บุตรได้รับได้ถูกต้อง ไม่ถามคำถามซ้ำๆ ซึ่งแสดงถึงความวิตกกังวลที่ลดลง^{1,5}

เอกสารอ้างอิง

1. สุณิสสา ศิลาเดช. โรคไตอักเสบเฉียบพลันจากการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสของผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2563;28(3):306-314.
2. วิชัย เอกพลากร, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, หทัยชนก พรรคเจริญ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 สุขภาพเด็ก. 2566. 173 น.
3. กาญจนา กันหาพงษ์, ศรีมณา นิยมคำ, สุธิศา ล่ามช้าง. ผู้ป่วยเด็กเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. พยาบาลสาร. 2558;42(3):1-12.
4. สุธิศา ล่ามช้าง, จิตติมา สุขเลิศตระกูล, อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, ปรีชา ล่ามช้าง. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พยาบาลสาร. 2561;45(1):75-86.
5. Schepp K. Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle: WA; 1995.

การพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบที่ได้รับการผ่าตัด เชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลายกับลำไส้เล็กส่วนกลาง: กรณีศึกษา

Nursing care of the patient with Hypertrophic pyloric and Duodenal stenosis who receive Gastrojejunostomy: A case study.

(Received: September 23,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

อรสา ลาภเจริญ¹

Orasa Lapcharoen¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลายกับลำไส้เล็กส่วนกลาง โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 44 ปี 6 ปีก่อน มีประวัติเป็นโรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น 2 เดือนก่อนมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดแน่นท้อง ท้องอืด ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พบกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบ และส่งชิ้นเนื้อตรวจ ผลเป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับเกิดการอักเสบและพบเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ได้แก่ มีภาวะขาดสารน้ำ ขาดความสมดุลของเกลือแร่โปแตสเซียม แคลเซียม แมกนีเซียม ฟอสฟอรัส มีของเสียคั่งในร่างกาย วิดกกังวล เกิดภาวะแทรกซ้อนบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อน ขณะผ่าตัด ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ซึ่งผลการดูแลรักษาทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ส่วนปัญหาที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสเกิด ได้แก่ เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เสี่ยงต่อการสำลักเศษอาหาร น้ำย่อยเข้าสู่ปอด มีโอกาสเกิดการสูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตีบกระเพาะอาหารส่วนปลาย และเชื่อมกระเพาะอาหารส่วนปลาย ท่อน้ำดีร่วม และท่อตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้รับการป้องกัน ติดตาม และเฝ้าระวัง ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

คำสำคัญ : กระเพาะอาหารส่วนปลายตีบ, ลำไส้เล็กส่วนต้นตีบ, การผ่าตัดเชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลายกับลำไส้เล็กส่วนกลาง

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the problems and nursing care of the patient with Hypertrophic pyloric and Duodenal stenosis who receive Gastrojejunostomy. This patient is a 44-year-old male with a history of illness of 6 years ago, there was a history of duodenal ulcer disease, and 2 months before that, he went to see the doctor with abdominal pain and distension. The doctor had an Esophago-gastroduodenoscopy and found a Pyloric stenosis and sent a piece of tissue for examination The result is gastroduodenitis with ulcer and Helicobacter pylori.

This study found that an important problem during care is dehydration, an imbalance of potassium, calcium, magnesium, and phosphorus, azotemia, anxiety, complications of surgery including common bile duct and pancreatic duct injury, and lack of knowledge about how to behave after surgery when he goes back home. The result of nursing care is that all problems have been resolved. As for problems that have risks or opportunities to occur, they include nutrition deficiencies, aspiration of food scraps with gastric juice into the lungs, massive bleeding during surgery, complications after Distal gastrectomy, Choledochojunostomy, Gastrojejunostomy, and Pancreatojejunostomy. These complications are protection, monitoring, and surveillance so that every complication does not happen.

Keywords: Hypertrophic pyloric stenosis, Duodenal stenosis, Gastrojejunostomy

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

บทนำ

ภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากโรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นที่เป็นเรื้อรังมานาน จนกลายเป็นพังผืดที่หนาตัวขึ้น ขยายกว้างขึ้นจนทำให้ทางออกของกระเพาะอาหารส่วนแอนทรัม (Antrum) ไพโลรัส (Pylorus) ซึ่งเป็นส่วนที่เชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนต้น รวมถึงลำไส้เล็กส่วนต้นตีบแคบหรืออุดตัน¹ โดยอุบัติการณ์ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยพบได้น้อย จากรายงานข้อมูลของกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษพบประมาณร้อยละ 2 ของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารทั้งหมด มักพบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น² ผลกระทบของโรคต่อร่างกายผู้ป่วย ทำให้อาหารตกค้างอยู่ในกระเพาะอาหารเป็นเวลานาน ไม่สามารถผ่านไปยังลำไส้ได้ จึงขย้อนกลับมายังหลอดอาหาร ผู้ป่วยจะอาเจียนเป็นเศษอาหาร ซึ่งจะไม่มีน้ำดีปน สูญเสียเกลือแร่ ขาดน้ำ และมีอาการปวดท้องเป็นๆ หายๆ เกิดความทุกข์ทรมาน การรักษาแพทย์จะทำผ่าตัด เพื่อตัดบริเวณที่ตีบออก โดยตัดเส้นประสาทเวกัสส่วนที่ไปเลี้ยงกระเพาะอาหารและอวัยวะในช่องท้องออก ร่วมกับการตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายออก (Distal gastrectomy) และนำกระเพาะอาหารส่วนที่เหลือมาเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางเข้าด้วยกัน (Gastrojejunostomy; Billroth II with truncal vagotomy)³ ซึ่งการทำผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหลายประการ ได้แก่ การฉีกขาดของเส้นเลือด เนื้อเยื่ออวัยวะใกล้เคียง บริเวณผ่าตัด ได้แก่ ม้าม ท่อน้ำดี ตับอ่อน การเสียเลือดมากผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ Surgical site infection, Efferent loop syndrome, Dumping syndrome, Postvagotomy diarrhea, Nutritional problems, Alkaline reflux gastritis เป็นต้น⁴ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะ

ผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลวิสัญญี ทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพสรีรวิทยาของภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบ ขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด มีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการผ่าตัด รู้หลักการทำให้ปลอดภัย การทำลายเชื้อ เทคนิคการปลอดภัย มีความสามารถในการคาดการณ์ปัญหา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด เพื่อการช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการจัดส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา และสามารถ ส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแก่ทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยอย่างครบถ้วน และถูกต้อง

จากข้อมูลของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพะพุทธเลิศหล้า ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบสถิติผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 4,555, 5,229, และ 5,984 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร จำนวน 130, 125, 156 ราย ตามลำดับ⁵ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ร้อยละ 2.19 (9 ราย) โดยพบในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (Upper gastrointestinal bleeding) จำนวน 1 ราย โรคกระเพาะอาหาร (Stomach cancer) จำนวน 2 ราย กระเพาะอาหารทะลุ (Peptic Ulcer Perforation) จำนวน 4 ราย โรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenal ulcer) จำนวน 1 ราย โรคกระเพาะอาหารส่วนปลายอุดตัน (Gastric outlet obstruction) จำนวน 1 ราย ซึ่งมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางจำนวน 3 ราย ได้แก่ บาดเจ็บท่อน้ำดี จำนวน 1 ราย ภาวะช็อกจากการเสียเลือด จำนวน 1 ราย และผ่าตัดผิดตำแหน่ง จำนวน 1 ราย⁶ จากข้อมูลปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น และจาก

ประสบการณ์การทำงาน การผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ใช้เวลานานในการผ่าตัด และต้องใช้ทีมที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในการผ่าตัด ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบและได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการ และนำมาวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุมด้านร่างกาย และจิตใจ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อกับกระเพาะอาหารส่วนปลายกับลำไส้เล็กส่วนกลาง

วิธีการศึกษา

เลือกโรคที่จะศึกษา จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรค คัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ศึกษาปัญหาและวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชาย อายุ 44 ปี นับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพรับจ้าง เข้ารับการรักษา วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2566 แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคครั้งแรก Pyloric stenosis การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Hypertrophic pyloric and Duodenal stenosis การผ่าตัด Distal gastrectomy, Choledochojejunostomy, Gastrojejunostomy, Pancreatojejunostomy วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 จำหน่ายวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 21 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แพทย์นัดมาฟังผลตรวจชิ้นเนื้อในกระเพาะอาหาร
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

8 เดือนก่อน ปวดแน่นท้อง ท้องอืด มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Dyspepsia ให้ยากกลับไปรับประทานที่บ้าน

2 เดือนก่อน ปวดแน่นท้อง แพทย์สงสัยเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (Gallstone) ส่งทำ Ultrasound upper abdomen ผลปกติ

2 สัปดาห์ก่อน แพทย์นัดมาส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD) พบกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบ (Pyloric stenosis) สงสัยมะเร็งกระเพาะอาหาร จึงส่งตรวจชิ้นเนื้อ

วันนี้มาฟังผลชิ้นเนื้อเป็น Gastroduodenitis with ulcer และพบ H. pylori แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Gastric outlet obstruction (Pyloric stenosis) ให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นเมื่อ 6 ปีก่อน

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อ่อนเพลีย สัญญาณชีพ BT = 36.6°C, PR = 60 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 20 beat/min (สม่ำเสมอ), BP = 100/69 mmHg, O₂ sat = 99% ใส่ NG. tube ต่อลงถุงมี content สีเหลืองปนเขียวออกถุงเล็กน้อย on 20% Lipofundin 250ml ⑤ rate 40 ml/hr ไม่มีอาการปวดหรือแน่นท้อง ท้องไม่อืด มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 4 -5 ครั้ง/นาที ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2566

CBC: Hematocrit 55.4%

UA: urine specific gravity 1.040

Blood chemistry: BUN 65 mg/dl, Creatinine 1.86 mg/dl, GFR 43.03 ml/min/1.73m², TCO₂/HCO₃ 40.7 mmol/l

วันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2566

Blood chemistry: Potassium 3.2 mmol/L,
Calcium 10.30 mg/dl, Magnesium 3.2 mg/dl,
Phosphorus 5.5 mg/dl

วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2566

Blood chemistry: Potassium 3.3 mmol/L

การรักษา

ระยะก่อนผ่าตัด

1. สารน้ำทางหลอดเลือดดำ LRS 1,000 ml ⑤ drip 120 ml/hr x 3 dose, 5%D/N/2 1,000 ml + KCL 40 mEq ⑤ drip 80 ml/hr, B - fluid ⑤ drip 100 ml/hr, 20% Lipofundin 100 ml วันเว้นวัน
2. หัตถการ ใส่ NG. tube ต่อลงถุง

ขณะผ่าตัด

1. สารน้ำทางหลอดเลือดดำ LRS 1,000 ml ⑤ drip 100 ml/hr, 0.9%NSS 1,000 ml ⑤ drip 100 ml/hr

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะขาดสารน้ำขาดความสมดุลของเกลือแร่ โปแตสเซียม และเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เนื่องจากประสิทธิภาพการย่อยและดูดซึมสารน้ำและสารอาหารลดลงจากพยาธิสภาพของกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบ ร่วมกับการงดอาหารและน้ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Hypertrophic pyloric and Duodenal stenosis 2. แผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร 3. Hematocrit สูงกว่าค่าปกติ = 55.4%, Urine specific gravity สูงกว่าค่าปกติ = 1.040 4. ผลการตรวจ Electrolyte พบ Potassium ต่ำ = 3.2 mmol/L วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อรักษาความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่โปแตสเซียมในร่างกาย 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหาร	1. ประเมิน ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังแห้งขาดความยืดหยุ่น ปัสสาวะเป็นสีเข้ม ปัสสาวะออกน้อยผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็วและหายใจเร็ว ซึม สับสน 2. ประเมินติดตามอาการของภาวะช็อค ได้แก่ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เป็นลม หน้ามืด เหนื่อยง่าย ชนออกแรง หรืออยู่เฉยๆ เยื่อบุช่องปาก ตา เล็บซีด 3. ประเมิน ติดตามอาการของภาวะโปรตีนต่ำ ได้แก่ บวมตามร่างกาย แขน ขา 4. ประเมิน ติดตามอาการและอาการแสดงโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการสับสน หายใจลำบาก คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-segment depression, T-wave flattening, T-wave inversion หรือมี U-wave 5. ดูแลให้ได้รับ B - fluid ⑤ drip 80 ml/hr, 20% Lipofundin 100 ml ⑤ drip in 12 hr วันเว้นวัน 6. ดูแลให้ได้รับ LRS 1,000 ml ⑤ drip 120 ml/hr, 5%D/N/2 1,000 ml + KCL 40 mEq ⑤ drip 80 ml/hr 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Potassium, Hematocrit, Urine specific gravity 8. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อค ภาวะโปแตสเซียมต่ำ และภาวะขาดน้ำ 9. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย 10. ติดตามผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย สัญญาณชีพปกติ BT=36 -37.2 °C, SBP = 100 -140 mmHg, DBP = 66 - 90 mmHg, PR = 80 -100 beat/min, RR = 20 beat/min EKG 12 lead พบ normal sinus rhythm Potassiumปกติ = 3.9 mmol/L

2. ยา Cefazolin 1 gm ⑤

ระยะหลังผ่าตัด

1. สารน้ำทางหลอดเลือดดำ: 0.9% NSS 1,000 ml ⑤ drip 120 ml/hr, B - fluid ⑤ drip 100 ml/hr x 3 dose B fluid + KCL 40 mg ⑤ drip 80 ml/hr x 2 dose
2. ยา: MO 3 mg ⑤ prn q 6 hr , Plasil 1 amp ⑤ prn q 8 hr, Cef-3 2 gm ⑤ OD, Losec 40 mg ⑤ q 12 hr
3. อื่นๆ: NPO 14 วันหลังผ่าตัด record urine output keep > 100 ml/4 hr, on NG tube ต่อ intermittent suction, Ensure (1:1) 200 ml ⑤ bid

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายและขาดความสมดุลของเกลือแร่แคลเซียม แมกนีเซียม ฟอสฟอรัส เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงจากภาวะขาดน้ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. Hematocrit สูงกว่าค่าปกติ = 55.4%, Urine specific gravity สูงกว่าค่าปกติ = 1.040 2. ค่า BUN= 65 mg/dl, Creatinine = 1.86 mg/dl, GFR = 43.03 mL/min/1.73m², TCO₂/HCO₃ = 40.7 mmol/L 3. ค่า Calcium =10.30 mg/dl, Magnesium = 3.2 mg/dl, Phosphorus = 5.5 mg/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดปริมาณของเสียคั่งในร่างกาย 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ได้แก่ ขาดความสมดุลของเกลือแร่	ผิวไม่แห้ง เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่มีอาการบวมบริเวณแขน ขา ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 2,500 mL/24 hr สารน้ำออกจากร่างกาย (Urine) 1,275 mL/24 hr 1. ติดตาม ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเฉียบพลัน 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินภาวะ Uremic encephalopathy 3. ดูแลให้ได้รับ LRS 1,000 mL (V) drip 120 mL/hr ตามแผนการรักษา 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, Creatinine และ GFR เกลือแร่ในร่างกาย โดยเฉพาะ Potassium, Sodium, Calcium, Magnesium 5. บันทึกปริมาณสารน้ำ เข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 6. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 mL/kg/hr ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง รายงานแพทย์ 7. ฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะน้ำเกิน 8. สังเกตอาการบวมบริเวณแขน ขา ดูลักษณะ neck vein ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 9. ติดตาม ประเมินอาการและอาการแสดงของเกลือแร่ในร่างกายขาดสมดุล ดังนี้ 9.1 ภาวะแมกนีเซียมสูง ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต เดินเซ ชีพ และสับสนหัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจช้าลง และหัวใจหยุดเต้น 9.2 ภาวะแคลเซียมสูง ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน เห็นภาพหลอน ชัก การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยพบ prolonged PR และ QRS intervals หรืออาจเกิด atrioventricular block แล้วกลายเป็น complete heart block และ cardiac arrest 9.3 ภาวะฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ คันตามผิวหนัง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของภาวะน้ำท่วมปอด แขน ขา กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรง ไม่มีอาการคันตามผิวหนัง ผลตรวจค่าการทำงานของไตซ้ำ พบค่า BUN ปกติ = 18 mg/dl, Creatinine ปกติ = 0.91 mg/dl, GFR เพิ่มขึ้นเป็น 102.12 mL/min/1.73 m² ผลตรวจค่า เกลือแร่ในเลือดซ้ำ พบ Calcium ปกติ = 9.2 mg/dl, Magnesium ปกติ =1.9 mg/dl, Phosphorus ปกติ =2.7 mg/dl ผลตรวจ Sodium ปกติ = 137 mmol/L, Potassium ปกติ = 3.9 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเศษอาหาร น้ำย่อยเข้าสู่ปอด เนื่องจากมีเศษอาหาร น้ำย่อย ลมคั่งค้างในกระเพาะอาหาร จากการอุดตันกระเพาะอาหารส่วนปลาย ข้อมูลสนับสนุน 1. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Hypertrophic pyloric and Duodenum stenosis 2. ก่อนได้รับการรักษาผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหาร น้ำย่อยเข้าสู่ปอด	1. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแล NG. tube ต่อลงลง ไม่ให้หัก พับงอ หรือเลื่อนหลุด เพื่อให้มีการระบายลม ของเหลว เศษอาหารออกจากกระเพาะอาหารอย่างต่อเนื่อง 2. สังเกต ประเมินอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด เพื่อเฝ้าระวังการคั่งค้างลม ของเหลว เศษอาหารในกระเพาะอาหาร 3. สังเกต ประเมินอาการของการสำลักเศษอาหาร น้ำย่อยเข้าสู่ปอด ได้แก่ ไอ หายใจเหนื่อย แสบร้อนบริเวณจมูก หน้าอกร และมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ โดยอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ค่าออกซิเจนความอิ่มตัวออกซิเจนเลือดลดลง 4. ติดตาม ประเมินปริมาณของเหลวที่ออกจากกระเพาะอาหาร 5. ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ (Bowel sound) เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบตัน 6. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ ดื่มน้ำทางปาก ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก ไม่ปวดท้อง แน่นท้อง และท้องอืด NG. Tube ต่อลงลง มี content สีเหลืองปนเขียวออก ประมาณ 200 -500 mL /24 hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคและการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. หลังจากแพทย์แจ้งแผนการรักษาเรื่องการผ่าตัดเพื่อตัดกระเพาะอาหารส่วนปลาย ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล 2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับอาการหลังผ่าตัด	1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด การระงับความรู้สึก สภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายท่อระบายจากแผลผ่าตัด และการใส่ท่อช่วยหายใจ 2. อธิบายการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมความสะอาดร่างกาย การเตรียมผิวหนังบริเวณหน้าท้องและบริเวณใกล้เคียง การงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งการเตรียมเลือด ยา สารน้ำ เพื่อใช้กับผู้ป่วยในท้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน พร้อมชี้แจงเหตุผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ	3. ให้ข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด 4. ให้คำแนะนำ และฝึกทักษะผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การลุกเดินเร็ว การดูแลสาย ท่อระบายต่างๆ 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ประสานศัลยแพทย์เมื่อผู้ป่วยต้องการทราบพยาธิสภาพของโรค 6. เตรียมพร้อมด้านร่างกายตามแผนการรักษาและตามข้ออธิบายให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด 7. ติดตาม ประเมินผลการตรวจเลือด ตรวจสอบเอกสาร ใบยินยอมผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง พุดคุยมากขึ้น ตอบคำถามการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสถูกกดหรือเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อมในการทำผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการวางแผนทำผ่าตัด ซึ่งต้องมีความพร้อมด้านร่างกายด้านจิตใจก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ได้แก่ สัญญาณชีพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือเหมาะสม งดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ หรือการทำงานของหัวใจ ไม่มีความเครียด หรือความวิตกกังวลระดับรุนแรง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยถูกเลื่อนหรือตัดผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมสภาวะสุขภาพ	1. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด 2. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ความผิดปกติ 3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของใบยินยอมการผ่าตัด 4. ตรวจสอบการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การงดอาหารและน้ำ การให้ยาก่อนได้รับผ่าตัด (Pre medication) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประเมินระดับความเครียดและความวิตกกังวล 5. ประเมินสัญญาณชีพ และอาการผิดปกติต่างๆ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ ได้รับการทำผ่าตัดตามวัน เวลาที่ศัลยแพทย์กำหนด
ระยะผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการผ่าตัดผิดคน ผิดชนิด ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ข้อมูลสนับสนุน ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการ set ผ่าตัด มีผู้ป่วยที่ได้รับการ set ผ่าตัดในช่วงเวลาเดียวกันจำนวน 4 คน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดชนิด	1. แกรรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย โดยยืนยันชื่อ สกุล อายุกับแฟ้มเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ป้ายชื่อมือผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด (Mark site) 2. ร่วมทำ Surgical Safety Checklist ได้แก่ ทำ sign in ร่วมกับทีมวิสัญญี ยืนยันความถูกต้อง ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด ตรวจสอบและยืนยันความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด ก่อนระงับความรู้สึกทำ time out ร่วมกับทีมผ่าตัด ได้แก่ ทีมวิสัญญี ศัลยแพทย์ เพื่อยืนยันความถูกต้อง การเข้าผ่าตัดถูกห้อง ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด ก่อนสิ้นสุดการผ่าตัดทำ sign out ร่วมกับทีมผ่าตัด เพื่อยืนยันความถูกต้องของชนิดการผ่าตัด สิ่งส่งตรวจ ยืนยันความครบถ้วนของเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัด ผ้าซับโลหิต ของมีคม ประเมินผลการพยาบาล การระบุตัวผู้ป่วยผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งการผ่าตัดตรงกับแฟ้มประวัติ คำสั่งการรักษา และป้ายชื่อที่ชื่อมือผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล HN-AN อายุตรงกับที่ระบุในตารางผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกชนิด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ขณะทำผ่าตัดในขั้นตอนการตัดกระเพาะอาหารส่วนปลาย (distal gastrectomy) แพทย์ผู้ผ่าตัดต้องแยก first	1. ช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ เพื่อทำผ่าตัดต่อเชื่อมท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนเข้ากับลำไส้เล็กส่วนกลาง 2. สังเกต ประเมินการรั่วของน้ำดีบริเวณรอยต่อเชื่อมท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนเข้ากับลำไส้เล็กส่วนกลาง 3. สังเกต content จาก Jackson drain เพื่อประเมินว่ามีการรั่วของน้ำดีหรือไม่
part duodenum ออกจาก hepato- duodenal ligament ก่อน แต่พบว่ามีความยากเนื่องจากบริเวณดังกล่าวเกิดการอักเสบ ทำให้เกิดการทะลุของท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนที่อยู่บริเวณเดียวกัน	4. ส่งต่อข้อมูลพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่า มีน้ำดีรั่ว ได้แก่อาการของเยื่อช่องท้องอักเสบ ตับอ่อนอักเสบหลังผ่าตัด เช่น มีไข้ ปวดท้อง กดเจ็บที่ท้องและหน้าท้องเกร็ง คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลือง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากการบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนขณะผ่าตัด ได้แก่ การรั่วของน้ำดีเข้าไปในช่องท้อง ทำให้เกิดการระคายเคือง และการอักเสบของเยื่อช่องท้อง ตับอ่อนอักเสบ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสดูการสูญเสียเลือดมากเนื่องจากการฉีกขาดของเส้นเลือดบริเวณผ่าตัดและบริเวณใกล้เคียง ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลาย อาจเกิดการดึงรั้งของ Gastrosplenic และ leinocolic ligament สามารถทำให้เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด splenic vein หรืออาจมี splenic parenchymal injury วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดบริเวณผ่าตัดและบริเวณใกล้เคียง	ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างผ่าตัดไม่พบมีน้ำดีรั่วบริเวณรอยต่อเชื่อมท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนเข้ากับลำไส้เล็กส่วนกลาง จากการเย็บหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ แต่ไม่มีอาการปวดท้อง กดเจ็บที่ท้องและหน้าท้องเกร็ง คลื่นไส้ อาเจียน และตัว ตาเหลือง Jackson drain มี content เป็นเลือดออกเล็กน้อย ไม่มีน้ำดีปน 1. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลประเมินความรุนแรงของภาวะการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 2. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลดูแลให้ได้รับ LRS 1,000 ml (V) drip 100 ml/hr, 0.9%NSS 1,000 ml (V) drip 100 ml/hr เพื่อทดแทนเลือดและสารน้ำที่สูญเสียจากการผ่าตัด 3. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure; MAP) > 60 mmHg, PR อยู่ในช่วง 60 - 100 beat/min 4. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือและเครื่องมือสำรองในภาวะฉุกเฉิน เช่น เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องดูดสารคัดหลั่ง ไฟผ่าตัด เครื่องมือช่วยพื้นดินชีพและยาฉุกเฉิน 5. ช่วยแพทย์ผ่าตัดโดยระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และเส้นเลือดจากการดึงรั้งของ Retractor เครื่องจี้ หรือการวาง Plate 6. ช่วยแพทย์ถ่างขยายบริเวณที่ผ่าตัดให้สามารถมองเห็นบริเวณที่ผ่าตัดได้ชัดเจน 7. สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คำนวณการถึงความต้องการของ ศัลยแพทย์ และจัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา 8. ติดตามผล Hematocrit, Hemoglobin ระหว่างการผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 250 ml สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัดปกติ BP = 100 /60 -120/80 mmHg, , PR = 80 - 94 beat/min ไม่เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด splenic vein และ splenic parenchymal injury รวมถึงไม่เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดบริเวณอื่น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บผิวหนัง เส้นประสาทจากการจัดท่าขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการจัดท่า Supine position อาจเกิดการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาท Brachial แผลกดทับตามผิวหนัง ปุ่มกระดูกต่างๆ ที่กดทับอยู่กับเตียง 2. ระยะผ่าตัดนานถึง 5 ชั่วโมง 30 นาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บผิวหนัง เส้นประสาทจากการจัดท่าขณะผ่าตัด	1. จัดท่า Supine position ให้ถูกต้อง โดยศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง เอาหมอนหรือ jelly pad มารองบริเวณท้ายทอย ไตหัวไหล่และสะบัก กางแขนบนที่รองแขนไม่เกิน 90 องศา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาท Brachial แขน ข้อศอกเหยียดตรง และหมุนออกข้างนอก หางมือ นิ้วมือเหยียดออก เพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาท Ulnar ขาเหยียดตรง และหมุนขาเข้าด้านในเล็กน้อย ใช้หมอนหรือผ้ารองบริเวณก้นกบได้เข้า เพื่อให้ข้อเข่าเล็กน้อย ใช้ผ้ารองด้านข้างข้อเท้าและส้นเท้า เพื่อให้เท้าตั้งตรง ป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ตาตุ่ม ส้นเท้า และปลายเท้าตก 2. ตรวจสอบ ประเมินสภาพผิวหนัง ปุ่มกระดูกบริเวณที่ถูกกดทับ ระหว่างการทำผ่าตัดเป็นระยะๆ และเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีการอ่อนแรงของแขน มือ และนิ้วมือ งอข้อศอก ยกแขน กระดกข้อมือขึ้น เหยียดนิ้ว แขนมือได้ ผิวหนังตามร่างกายที่ถูกกดทับอยู่ด้านล่าง หรือตามปุ่มกระดูกไม่มีรอยขีด รอยแดง แผลถลอก หรือแผลฉีกขาด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากอุณหภูมิห้องผ่าตัดเย็นและการผ่าตัดใช้เวลานาน ข้อมูลสนับสนุน 1. อุณหภูมิห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 22 – 25°C 2. ระยะผ่าตัดนานถึง 5 ชั่วโมง 30 นาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด	1. ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเปาลมร้อน (Bair Hugger) คลุมผ้าบริเวณหน้าอกและแขนทั้ง 2 ข้าง 2. ให้สารน้ำอุ่นทางหลอดเลือดดำตลอดการผ่าตัด 3. ควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 22 – 25°C 4. สังเกตและประเมินอุณหภูมิร่างกาย (Core temperature) ตลอดการผ่าตัด และลงบันทึกทุก 15 นาที 5. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ หนาวสั่น ปลายมือซีด เย็น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะเลือดแข็งตัวยาก 6. เปิดเผยร่างกายในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดให้น้อยที่สุด ประเมินผลการพยาบาล ตลอดการผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 – 36.8 °C ผิวกายอุ่น ผิวหนัง และปลายมือไม่ซีด เย็น ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ EKG show normal sinus rhythm และไม่มีอาการ หนาวสั่น (Shivering)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสดูผิวหนังได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า	1. ตรวจสอบผู้ป่วยว่าไม่มีเครื่องประดับโลหะติดมาด้วย เนื่องจากเครื่องประดับที่เป็นโลหะเป็นสื่อนำไฟฟ้า ทำให้เกิดไฟฟ้าลัดวงจร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัด Explore laparotomy Distal gastrectomy, Choledochojejunostomy, Pancreatojejunostomy, Gastrojejunostomy ต้องใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าเพื่อหยุดเลือด เลาะและตัดเนื้อเยื่อ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า	2. ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยก่อนติดแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้า และวางแผนสื่อน้ำไฟฟ้าในตำแหน่งที่มีกล้ามเนื้อหนา หลีกเลี่ยงบริเวณปุ่มกระดูก และบริเวณที่มีโอกาสสัมผัสกับสารน้ำขณะผ่าตัด ติดแผ่นสื่อน้ำให้แนบสนิทกับผิวหนังผู้ป่วย 3. ตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องจี้ไฟฟ้า สายไฟ และแผ่นสื่อน้ำ ปรับเครื่องจี้ไฟฟ้าตามชนิดการผ่าตัดให้เหมาะสม 4. ดูแลอวัยวะต่างๆของผู้ป่วยไม่ให้สัมผัสส่วนที่เป็นโลหะ 5. ตรวจสอบบริเวณที่วางแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้า และผิวหนังของผู้ป่วยเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ว่ามีรอยแดง หรือรอยไหม้เกิดขึ้นหรือไม่ ประเมินผลการพยาบาล บริเวณที่วางแผ่นสื่อน้ำไม่เปื่อยขึ้น ไม่มีรอยแดงหรือผิวหนังมีรอยไหม้
ระยะหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอันตรายจากการเคลื่อนย้าย ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการรับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ โดยยาที่ใช้ ได้แก่ Propofol, Sevoflurane ทำให้ง่วงซึม และกดการหายใจ 2. ขณะเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว on ET. Tube, NG tube, Jack drain จากแผลผ่าตัด และ Foley's catheter วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายจากการเคลื่อนย้าย ได้แก่ เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ สาย และท่อระบายต่างๆ เลื่อนหลุด	1. ตรวจสอบแผลผ่าตัด ET. Tube ท่อระบาย สายสวนปัสสาวะ NG tube และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง การยึดตรึงแน่น ไม่ดึงรั้งก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด 2. ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล แพทย์ และพนักงานเวรเปล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด 3. ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย 4. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง $O_2 \text{ sat} < 90\%$, Capillary refill time > 3 วินาที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว สัญญาณชีพปกติ BP = 133/87 mmHg, PR = 70 beat/min, RR = 16 beat/min (Ambu bag), $O_2 \text{ sat} = 99\%$ ET. Tube, NG tube, Jack drain จากแผลผ่าตัด และ Foley's catheter เลื่อนหลุดระหว่างเคลื่อนย้าย หลังอยู่ห้องพักฟื้นผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเองได้ดี สามารถ off ET tube และ on O_2 Mask with bag 10 lit/min
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยขาดความสมดุลของเกลือแร่โปแตสเซียมในร่างกายเนื่องจากสูญเสียโปแตสเซียมทางระบบทางเดินอาหาร ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัด 2. ผู้ป่วยได้รับการใส่ NG tube ต่อ intermittent suction มี content ออก 2,200 mL/24 hr 3. ผล Electrolyte พบ Potassium = 3.3 mmol/L วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อรักษาความสมดุลของระดับโปแตสเซียมในร่างกาย	1. ติดตาม ประเมินสัญญาณชีพ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุกครั้งที่เยี่ยมผู้ป่วย 2. ติดตามการได้รับ B fluid + KCL 40 mEq (V) drip 80 mL/hr ตามแผนการรักษา 3. ประเมินอาการและอาการแสดงโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการสับสน หายใจลำบาก คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-segment depression, T-wave flattening, T-wave inversion หรือมี U-wave 4. ติดตามปริมาณ content จาก NG tube ต่อ intermittent suction 5. ติดตามการได้รับยา Plasil 1 amp (V) prn q 8 hr ตามแผนการรักษา 6. ติดตามผลการตรวจ ระดับ Potassium ในเลือด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน ขาทั้ง 2 ข้างไม่อ่อนแรง คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ NG tube ต่อ intermittent suction มี content ออกลดลงเรื่อยๆ และหลังผ่าตัดวันที่ 7 แพทย์พิจารณา off NG tube ผล Electrolyte ซ้ำ พบ Potassium ปกติ = 4.3 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตดกระเพาะอาหารส่วนปลาย และเชื่อมกระเพาะอาหารส่วนปลาย ท่อน้ำดีร่วม และท่อตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ข้อมูลสนับสนุน 1. การผ่าตัดตดกระเพาะอาหารส่วนปลาย และเชื่อมกระเพาะอาหารส่วนปลาย ท่อน้ำดีร่วม ท่อตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง มีผลทำให้อาหารและน้ำที่ผ่านลงมาในกระเพาะอาหารที่ถูกผ่าตัดแล้ว ไม่สามารถสะสมอยู่ในกระเพาะอาหารได้นาน โดยเฉพาะอาหารที่เป็นของเหลว จะไหลออกจากกระเพาะอาหาร ลงสู่ลำไส้เล็กเร็วขึ้น รวมทั้งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการไหลของน้ำดี น้ำย่อยของตับอ่อน	1. ประเมินอาการปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน หน้าท้องแข็งเกร็ง เพื่อป้องกันการอักเสบและติดเชื้อในช่องท้อง 2. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ ติดตามผลการตรวจเม็ดเลือดขาวในเลือด และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Cef-3 2 gm (V) OD ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการอักเสบและติดเชื้อในช่องท้อง 3. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแลสาย NG tube ต่อ intermittent suction ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อระบายสิ่งที่คั่งค้างในกระเพาะอาหารออกให้มากที่สุด 4. ฟังเสียงลำไส้บีบตัว เพื่อประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของ Dumping syndrome ได้แก่ Early dumping: คลื่นไส้ ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้อง และถ่ายเหลว Late dumping: ผิวหน้าแดง มึนงง ใจสั่น ภาวะน้ำตาลต่ำหลังรับประทานอาหาร (Postprandial hypoglycemia) 6. ประเมินอาการและอาการแสดงของ Efferent loop syndrome ได้แก่ ปวดท้อง อาเจียนซึ่งจะมีทั้งอาหารและน้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
(Pancreatic Juice) ลงสู่ลำไส้เล็กเร็วขึ้น ส่งผลให้ Unconjugated bile salt ซึ่งมีหน้าที่ยับยั้งการดูดซึมของน้ำในลำไส้ใหญ่ได้เร็วขึ้นด้วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ผู้ป่วยจะมีภาวะท้องเสีย (Post vagotomy diarrhea) 2. การผ่าตัดเชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลายกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ส่วนของลำไส้เล็กที่พ้นจากรอยต่อกระเพาะอาหารอาจบิด ทำให้ลำไส้อุดตันได้ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน Dumping syndrome, Afferent loop syndrome, Postvagotomy diarrhea, การรั่วของน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร น้ำดี น้ำย่อยของตับอ่อนบริเวณรอยต่อเชื่อม (Anastomosis leakage)	7. ประเมินอาการและอาการแสดงของการรั่วของน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร น้ำดี น้ำย่อยของตับอ่อน บริเวณรอยต่อเชื่อม ได้แก่ อาการของเยื่อช่องท้องอักเสบ การติดเชื้อในช่องท้อง 8. ประเมินอาการของ Postvagotomy diarrhea ได้แก่ ท้องเสีย 9. แนะนำให้รับประทานอาหารโปรตีนสูง ไขมันสูง มีกากใย คาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารค่อนข้างแห้งไม่ควรดื่มน้ำปริมาณมากพร้อมกับอาหาร ควรดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหาร 10. นอนพักในท่าศีรษะสูง ภายหลังรับประทานอาหารประมาณ 20 -30 นาที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง หน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีเมื่แข็งเกร็ง มีอาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระปกติ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เสียงจากเคลื่อนไหวของลำไส้ 6-8 ครั้ง/นาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง 2. ผู้ป่วยนอนปวดแผลผ่าตัด Pain scale = 5 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินระดับความปวด และสังเกตสีหน้า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงถึงความเจ็บปวด และเมื่อประเมินความปวดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (NRS ≥ 4 คะแนน) ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวด ได้แก่ MO 3 mg $\text{\textcircled{V}}$ prn q 6 hr 2. แนะนำวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การทำสมาธิ หายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำๆ อ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น 3. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้บริเวณแผลผ่าตัดได้รับความกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด และการรบกวนผู้ป่วยในขณะที่พักผ่อน 4. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้อาการแน่นหน้าท้องหยาบตัว ลดการดึงของผิวหนังบริเวณบาดแผล ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยนอนหลับได้ ได้รับยาแก้ปวด ระดับความปวด MO 3 mg $\text{\textcircled{V}}$ prn q 6 hr จำนวน 3 ครั้ง อาการปวดแผลลดลง Pain scale = 0 - 2 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดเนื่องจากการมีบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณช่องท้องจากการผ่าตัดและมีสายระบายสิ่งคัดหลั่งจากแผลออกสู่ภายนอก ข้อมูลสนับสนุน 1. มีไข้ BT=38.2 °C 2. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดหน้าท้องและ on Radivac drain วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ	1. ประเมินลักษณะบาดแผล และลักษณะ ปริมาณสารคัดหลั่งที่ออกจากแผลผ่าตัด แจ้งให้พยาบาลหอผู้ป่วยรับทราบความผิดปกติ 2. แนะนำผู้ป่วยให้การดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่เปื้อกชื้น 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Cef-3 2 gm $\text{\textcircled{V}}$ OD ตามแผนการรักษา 4. ดูแลขวด Radivac drain ให้เป็นสุญญากาศเสมอ และแขวนอยู่ในระดับต่ำกว่าบาดแผล ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเปลี่ยนขวด Radivac drain กรณีพบว่ามีเลือดหรือสารคัดหลั่งเต็มขวด 5. สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของการเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ แผลผ่าตัดมีสารคัดหลั่งเป็นหนอง รอบแผลบวม แดง ร้อน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT=36.9 -37.2 °C แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มี content ออกจาก Radivac drain หลังผ่าตัดได้ 13 วัน off Radivac drain และตัดไหมที่แผลผ่าตัด แผลแห้ง ดีดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติสอบถามถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย และส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัด	1. ควรรับประทานประเภทวิตามินซีสูง เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วต่างๆ ช่วยทำให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้น และหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน รสเค็ม 2. หลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 1 -3 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด เนื่องจากบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดยังไม่แข็งแรง อาจทำให้แผลผ่าตัดแยกได้ 3. นอนพักผ่อนในเวลากลางคืน 6-8 ชั่วโมง กลางวัน 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายได้ผ่อนคลายและพักผ่อนอย่างเต็มที่ ทำให้ร่างกายแข็งแรง 4. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติเช่น ปวดท้อง แน่นท้องหลังรับประทานอาหาร โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก มีไข้ อาเจียน ท้องผูก ท้องอืด ให้รีบมาพบแพทย์ได้ทันที 5. ระวังอุบัติเหตุบริเวณหน้าท้อง เนื่องจากเมื่อมีแรงกระแทกอาจทำให้อวัยวะภายในได้รับบาดเจ็บได้ง่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. แนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้มีภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบ สาเหตุเกิดจากเป็นโรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นเรื้อรังมานาน จึงทำให้กลายเป็นพังผืดที่หนาตัวขึ้น ขยายกว้างขึ้นจนทำให้ทางออกของกระเพาะอาหารส่วนไพโลรัส (Pylorus) ตีบแคบ¹ มีผลให้มีอาหารและน้ำย่อยค้างคั่งในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยจึงมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด โดยเป็นอาการนำที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดจากผลกระทบของพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ ลดอาการปวดท้อง แน่นท้อง และการคั่งค้างเศษอาหาร น้ำย่อยในกระเพาะอาหาร โดยการใส่สายยางลงสู่กระเพาะอาหารต่อลงถุงเพื่อระบายเศษอาหาร น้ำย่อยออกจากกระเพาะอาหารงดอาหารและน้ำ แก้ไข ป้องกันภาวะเกลือแร่ขาด ความสมดุล ขาดสารน้ำ ขาดสารอาหาร โดยการให้สารน้ำ สารอาหารทางหลอดเลือดดำ และเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมของสภาพร่างกาย แพทย์จึงทำผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนทางผ่านของอาหารและน้ำลงลำไส้เล็กส่วนกลาง ในระหว่างผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยเกิดการบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อน จึงต้องทำผ่าตัดต่อเชื่อมท่อน้ำดีร่วม ท่อตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดได้ช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการจัดเตรียมและจัดส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ได้อย่างทันเวลา และช่วยแพทย์ทำผ่าตัดจนเสร็จ โดยผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ

แทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อเชื่อมท่อน้ำดีร่วม ท่อตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง แต่อย่างไรก็ตาม หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ได้แก่ Surgical site infection, Efferent loop syndrome, Dumping, Postvagotomy diarrhea, Nutritional problems, Alkaline Reflux gastritis, Anastomosis leakage^{4,7} ได้ส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อการประเมิน เฝ้าระวัง และเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงานห้องผ่าตัด โดยใช้ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เพื่อร่วมกันวิเคราะห์แนวทางดูแลผู้ป่วยที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อน และปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
2. ควรจัดให้มีการสอนงานด้วยระบบพี่เลี้ยงหรือการโค้ชจากผู้มีประสบการณ์ และชำนาญในงานมากกว่า เพื่อถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ตรงในการช่วยศัลยแพทย์ทำผ่าตัดเชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลาย ท่อน้ำดีร่วม และท่อของตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งดาว เพชรวัตร. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบ และมีภาวะแพ้อย่างรุนแรงหลังทํา GI study. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี 2563 ;33(1) : 19-30.
2. Suresh Clement H., Cherukumalli RP., Rao CH. A clinical study of gastric outlet-obstruction. International Surgery 2016; 4(1): 264-269.
3. Papanikolaou IS, Siersema PD. Gastric Outlet Obstruction: Current Status and Future Directions. Gut Liver. 2022; 16(5): 667–675.
4. ศิริรัตน์ จารุชกุล. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง.

- วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2557; 29(2) : 81-92.
5. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564 - 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 13 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก :
http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
6. งานห้องผ่าตัด. บันทึกรายงานความเสี่ยงประจำปี 2564, 2565, 2566.
7. Camacho C., Lindo T., Bernardes A. Management of gastrojejunostomy leakage after emergency gastrectomy. International Surgery 2021; 8(1): 357-361.